

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente

Lyssa Esteves Souto Capuchinho

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA ENTRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E
DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE
PEQUENO PORTE**

Diamantina

2019

Lyssa Esteves Souto Capuchinho

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA ENTRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E
DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE
PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Andreia Maria Araújo Drummond

**Diamantina
2019**

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C255a	<p>Capuchinho, Lyssa Esteves Souto. Avaliação da prevalência entre a capacidade funcional e doenças crônicas em idosos / Lyssa Esteves Souto Capuchinho, 2019. 69 p. : il.</p> <p>Orientadora: Andreia Maria Araújo Drummond</p> <p>Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2019.</p> <p>1. Doenças crônicas. 2. Idoso fragilizado. 3. Saúde do idoso. I. Drummond, Andreia Maria Araújo. II. Título. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;">CDD 618.97</p>
-------	--

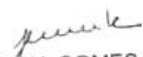
LYSSA ESTEVES SOUTO CAPUCHINHO


Avaliação da Prevalência entre a Capacidade Funcional e Doenças Crônicas em Idosos de um Município Brasileiro de Pequeno Porte

Dissertação apresentada ao
MESTRADO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E AMBIENTE, nível de
MESTRADO como parte dos requisitos
para obtenção do título de MESTRA
EM SAÚDE, SOCIEDADE E
AMBIENTE

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Andreia
Maria Araújo Drummond

Data da aprovação : 20/09/2019


Prof. Dr.ª NADJA MARIA GOMES MURTA - UFVJM


Prof. Dr.ª ANA CATARINA PEREZ DIAS - UFVJM


Prof. Dr.ª SIMONE GOMES DIAS DE OLIVEIRA - UFVJM

DIAMANTINA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me conduziu até aqui, debaixo da sua graça, cobrindo-me de ânimo e forças para prosseguir. Obrigada, meu Senhor, por tudo que tu és e por tudo que fazes por mim!

Ao meu filho, Davi, e ao meu marido, que são minha fortaleza e meus incentivos diários para continuar lutando e acreditando nos meus sonhos.

Agradeço a minha querida família por toda ajuda, compreensão, paciência e carinho. Em especial aos meus pais, que sempre acreditam em mim e hoje são meu alicerce para as minhas maiores dificuldades e vitórias. Aos meus sogros que durante a trajetória do mestrado me ajudaram bastante, com apoio e compreensão.

À Profa. Dra. Andreia Maria Araújo Drummond pela orientação e por ter acreditado em mim e no potencial desse Projeto de Pesquisa.

À acadêmica de mestrado da Odontologia, Bruna, que juntamente aos acadêmicos da graduação tiveram uma participação indispensável nesse estudo.

A todos os meus colegas do mestrado pela força e apoio durante todo o percurso para a finalização dessa etapa.

Sou grata ainda a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse realizado e concluído.

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural e complexo, que atinge de forma crescente países desenvolvidos e em desenvolvimento. Não é um processo único e envolve diversos fatores endógenos e exógenos, os quais devem ser considerados de forma integrada. Essa pesquisa teve como objetivo geral avaliar a prevalência entre a capacidade funcional e doenças crônicas em idosos atendidos pelas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Diamantina/MG, e como objetivos específicos: descrever o perfil socioeconômico e demográfico relacionados à saúde de idosos com doenças crônicas; identificar as doenças crônicas mais prevalentes nessa população; avaliar a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos com doenças crônicas; e associar a capacidade funcional, fatores socioeconômicos e condições de saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e descritiva. A amostra dessa pesquisa foi não probabilística de conveniência composta por idosos cadastrados nas ESF da cidade de Diamantina/MG e que se enquadravam na pesquisa segundo os critérios de inclusão, totalizando, então 207 participantes. Os instrumentos utilizados foram: um questionário de caracterização dos idosos com doenças crônicas, a Escala de Independência em Atividades de Vida Diária de Katz e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. Realizou-se análise descritiva dos dados obtidos e o teste estatístico Qui-Quadrado, sendo os resultados apresentados em tabelas. Os idosos entrevistados no presente estudo eram em sua maioria do sexo feminino, com idade entre 60 a 65 anos, católicos, aposentados, tinham de quatro a mais filhos, casados, moravam com cônjuge ou demais membros da família. As variáveis que estiveram associadas com a capacidade funcional foram apenas a de ter filhos e a faixa etária. A continência (urinária e fecal) foi a atividade em que os idosos relataram maior dificuldade nas Atividades Básicas de Vida Diária, sendo assim, destaca-se a importância da intervenção precoce dos profissionais de saúde das ESF, além de orientações para a família e os cuidadores.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Idoso fragilizado. Saúde do idoso.

ABSTRACT

Aging is a natural and complex process that is increasingly affecting developed and developing countries. It is not a unique process and involves several endogenous and exogenous factors, which must be considered in an integrated manner. The aim of this research was to evaluate the prevalence between functional capacity and chronic diseases in the elderly attended by Family Health Strategy Teams (ESF) in the city of Diamantina / MG, and as specific objectives: to describe the socioeconomic and demographic profile related to the health of the elderly with chronic diseases; identify the most prevalent chronic diseases in this population; to evaluate the prevalence of functional disability among the elderly with chronic diseases; associate functional capacity, socioeconomic factors and health conditions. It is a quantitative, transversal and descriptive research. The sample of this research was non-probabilistic convenience composed by elderly registered in the FHS of the city of Diamantina / MG and who fit the research according to the inclusion criteria, thus totaling 207 participants. The instruments used were: a questionnaire to characterize the elderly with chronic diseases, the Katz Independence in Daily Life Activities Scale and the Pfeffer Functional Activities Questionnaire. Descriptive analysis of the obtained data and the Chi-Square statistical test were performed, and the results are presented in tables. The elderly interviewed in the present study were mostly female, aged 60 to 65 years, Catholics, retired, had four to more children, married, lived with spouse or other family members. The variables that were associated with functional capacity were only having children and age group. Continence (urinary and fecal) was the activity in which the elderly reported greater difficulty in the Basic Activities of Daily Living, thus highlighting the importance of early intervention by FHS health professionals, as well as guidelines for the family and caregivers

Keywords: Chronic diseases. Fragile elderly. Health of the elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil (2010)..... 17

Figura 1 - Estimativa de crescimento da população ≥ 80 anos no Brasil no período 1980 a 2050.....18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência absoluta e percentual (%) das variáveis socioeconômicas e demográficas	32
Tabela 2 - Frequência absoluta e percentual (%) das variáveis de relacionamento social, econômica e estilo de vida	34
Tabela 3 – Frequência e percentual (%) das variáveis do estado de saúde	35
Tabela 4 – Prevalência (%) de doenças crônicas auto-referidas, segundo tipo de doença	35
Tabela 5 – Prevalência de capacidade funcional para as Atividades Básicas da Vida Diária por atividade segundo o Índice de Katz	36
Tabela 6 – Prevalência de capacidade funcional para as Questionário de Atividades Funcionais segundo índice de Pfeffer, por atividade	37
Tabela 7 - Prevalência dos escores totais da capacidade funcional para as Atividades da Vida Diária, segundo o Índice de Katz e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer	38
Tabela 8 - Associação entre as variáveis independentes e as ABVD através do teste Qui-quadrado	39
Tabela 9 - Associação entre as variáveis independentes e as AIVD através do teste Qui-quadrado	40

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVE – Acidente Vascular Encefálico
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM – Diabetes mellitus
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNI – Política Nacional do Idoso
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI – Política Nacional de Saúde da População Idosa
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivo específico	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Envelhecimento	16
3.2 Capacidade Funcional.....	21
3.3 Doenças Crônicas	24
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 População e amostra.....	26
4.3 Amostra e Procedimento de Amostragem	26
4.4 Aspectos éticos.....	29
4.5 Procedimentos para coleta de dados	30
4.6 Instrumento de coleta de dados	30
4.7 Análise Estatística	31
5 RESULTADOS	32
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	50
ANEXOS.....	62
APÊNDICE	68

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é inevitável a todo o ser humano, o que torna assunto para inúmeras pesquisas científicas devido à necessidade de maior desenvolvimento e aperfeiçoamento nas áreas que atendem a esse público, como a saúde, os recursos humanos, as previdências públicas e privadas, as áreas tecnológicas e científicas, e, além disso, pelas características sociais, físicas, cognitivas e principalmente clínicas desta população. É um desafio que requer estudos dos profissionais de saúde que lidam com essa faixa etária, a fim de orientar e elucidar as alterações que acontecem no organismo durante o processo de envelhecer, e que em muitos casos, pode ocorrer a perda da capacidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo.

O processo do envelhecimento acarreta implicações para reestruturação em todos os setores da sociedade: saúde, proteção social, trabalho, investimentos, mercados financeiros, comunidade, bens e serviços, entre outras, e está próximo a se tornar uma das maiores transformações sociais do século XXI (FITZGERALD, 2015).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), traz que nos últimos censos 12% da população mundial era composta por idosos, variando entre 1 a 32% de prevalência entre os diversos países. A região europeia, contava com uma média de 21%, já a região das Américas, com 14% (OMS, 2015).

Em um contexto mundial de envelhecimento populacional, observa-se, no Brasil, um aumento acelerado da proporção de idosos. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de base domiciliar e no âmbito nacional, é realizada em diversos municípios do país, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com o Ministério da Educação. O terceiro volume dessa pesquisa foi divulgado em 2015, e apresenta que os indivíduos de 60 anos ou mais já representam mais de 13% dos brasileiros (BRASIL, 2017). Segundo levantamento do IBGE, a projeção é de que em 2050 a população idosa chegue a quase 30% dos brasileiros, tornando-se o sexto país do mundo com maior número absoluto de idosos. Em contrapartida, estima-se que as crianças de zero a 14 anos representarão 13,15% da população total (MORAES, 2012; CHENA *et al*, 2015; IBGE, 2015).

Essa mudança de paradigma de muitos países da América Latina, inclusive do Brasil, está diretamente associada com a redução expressiva nas taxas de natalidade e uma forte redução nas taxas de mortalidade, acrescido do aumento da expectativa de vida, elevando assim o número de idosos na sociedade. Houve melhorias nas condições de saúde ofertada a esse grupo populacional, uma vez que a proposta atualmente é não focar apenas nas doenças, mas

sim na preservação da saúde. Há investimentos no atendimento integral à população idosa, com avaliação clínica, psicossocial e funcional do idoso, baseando em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamentos, reabilitação e cuidados paliativos. Além disso, há as políticas públicas voltadas especificamente à esses indivíduos, implantação de campanhas de vacinação, programas de saúde e melhoria nas condições estruturais e de atendimentos nos hospitais. Juntamente a todas essas mudanças, pode-se acrescentar também o processo de urbanização das cidades, pois houve um aumento no desenvolvimento nas condições de vida das pessoas, em consequência do reflexo nas condições sanitárias e nutricionais, melhoria no acesso à educação e à informação, e avanço nas áreas médicas e tecnológicas (VERAS, 2003; TEIXEIRA, 2004, MORAES, 2012).

O envelhecimento há alguns anos era característica apenas de países desenvolvidos, em que a transição demográfica ocorreu de forma lenta e gradual, com planejamento e de forma sustentada, decorrente inicialmente pela Revolução Industrial. Em seguida, foi ofertado melhores condições de vida, habitacionais, de saneamento, nutrição, saúde (antibióticos e vacinas), desenvolvimento social e de renda, o que acarretou um aumento na expectativa de vida e longevidade da população (NASRI, 2008; OMS, 2015). Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa transição demográfica vem ocorrendo de forma rápida e abrupta, com déficit e precárias condições estruturais para receber esses idosos na sociedade, tanto para a área de saúde, quanto para a própria sociedade, gerando dificuldades para atender e lidar com esse grande número de idosos.

O formato da estrutura etária, que antes era piramidal, começou a ter mudanças na sua base e a anunciar um processo de envelhecimento da população brasileira, tornando-a praticamente retangular (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008). E essa transição demográfica está ocorrendo paralelamente com a transição epidemiológica, uma vez que caracteriza-se por mudanças nos perfis de mortalidade, morbidade e invalidez de uma população (REIS *et al.*, 2015, p. 9).

O envelhecimento não é um processo único, não ocorre de modo simultâneo em todo o organismo e nem está associado à existência de uma doença. De fato, envolve diversos fatores endógenos e exógenos, os quais devem ser considerados de forma integrada (SABATÉ, 2016). Em se tratando dos serviços de saúde ofertados, o envelhecimento da população é ímprobo ao sistema, visto que o país não foi preparado para essa mudança súbita da realidade populacional, devido a previsibilidade, inevitabilidade e repercussão quanto à organização da rede e capacidade de atendimento do sistema ofertado (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). As características das condições de saúde da população foram modificadas de doenças agudas e

infecciosas para um perfil preponderante de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis e suas complicações onerosas. Todavia, o Brasil não passou por essas mudanças de forma organizada e por um intervalo definido, mas numa justaposição desses perfis epidemiológicos, sobretudo se for considerado à extensão territorial do país que traz com isso imensas diferenças regionais (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Com esse número crescente da população idosa, torna significativo o conhecimento das mudanças fisiológicas, biológicas e estruturais que ocorrem no envelhecimento, assim como as mudanças na vida diária desses indivíduos. Dentre as principais questões relativas ao processo de envelhecimento, destaca-se a predisposição a situações de incapacidade funcional, morbimortalidade e aumento do risco a situações de vulnerabilidade. Um importante fator que pode comprometer a capacidade funcional do idoso é a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus agravos, e com o envelhecimento essas morbidades representam a principal causa de incapacidade e mortalidade em todo o mundo (SANTOS *et al.*, 2013; RIZZUTO *et al.*, 2017). Para a OMS as DCNT's incluem: as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (BRASIL, 2007).

A diminuição gradativa das potencialidades e funcionalidades é uma das consequências do processo de envelhecimento, e depende diretamente do estilo de vida adotado pelo idoso, podendo ser em maior ou menor grau essas limitações. Além de que, somadas à chances do aparecimento das DCNT's e seus agravos, pode também desencadear um estado de fragilidade nesse grupo populacional, levando a uma redução da capacidade funcional (GRDEN *et al.*, 2015).

A redução da capacidade funcional consiste no déficit de habilidades para o autocuidado, tornando o idoso dependente de familiares ou cuidadores, o que produz custos sociais, familiares e de saúde. A necessidade de investigações e pesquisas científicas sobre esse âmbito, tem como propósito a identificação de fatores de risco que levam a uma redução da capacidade funcional, o que poderá contribuir para proposição de políticas e intervenções que visem à minimização e os impactos ocasionados pela perda da funcionalidade do idoso (MATOS *et al.*, 2018).

A avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa passou a ser um instrumento imprescindível para os profissionais de saúde, uma vez que auxilia nos diagnósticos, prognósticos e no julgamento clínico do estado geral de saúde do indivíduo, como também na contribuição de pesquisas epidemiológicas (GOMES; DIOGO, 2004; KAWASAKI; DIOGO, 2007).

Neste cenário, este estudo tem o intuito de trazer subsídios e informações para que os serviços e os profissionais de saúde atuem sobre determinantes de saúde, que interferem no cotidiano e na capacidade funcional dos idosos, bem como na contribuição de esclarecimentos na relação da associação da capacidade funcional com as doenças crônicas, com o propósito de direcionar a implementação de ações que possam de forma efetiva promover a melhoria das condições de saúde e da capacidade funcional desse público.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar se há a prevalência entre a capacidade funcional e doenças crônicas em idosos atendidos pelas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico relacionados à saúde de idosos com doenças crônicas;
- Identificar as doenças crônicas mais prevalentes nessa população;
- Avaliar a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos com doenças crônicas;
- Associar a capacidade funcional, fatores socioeconômicos e condições de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento

A humanidade está atravessando uma sequência de mudanças, dentre elas uma de grande importância, onde as sociedades predominantemente jovens estão passando a ser sociedades cada vez mais envelhecidas. É um processo natural e complexo, que atinge de forma crescente países desenvolvidos e em desenvolvimento, tendo como principal consequência a mudança no perfil epidemiológico das doenças (VERAS, 2009). O país passou, em menos de 40 anos, de um perfil de morbimortalidade por doenças infectocontagiosas para um perfil epidemiológico com enfermidades crônicas, característico das faixas etárias mais avançadas (BRASIL, 2006; ALENCAR *et al.*, 2012).

No Brasil, ressalta-se a população idosa como protagonista dessa mudança, representando uma das transições mais aceleradas do mundo. Traz uma nova realidade, pois há mudanças nas pessoas, na família e na sociedade, uma vez que são indivíduos que necessitam de maiores cuidados e atenção na saúde e o processo de envelhecimento humano acarreta demandas específicas pelas modificações de ordem biopsicossociais (BRITO *et al.*, 2015).

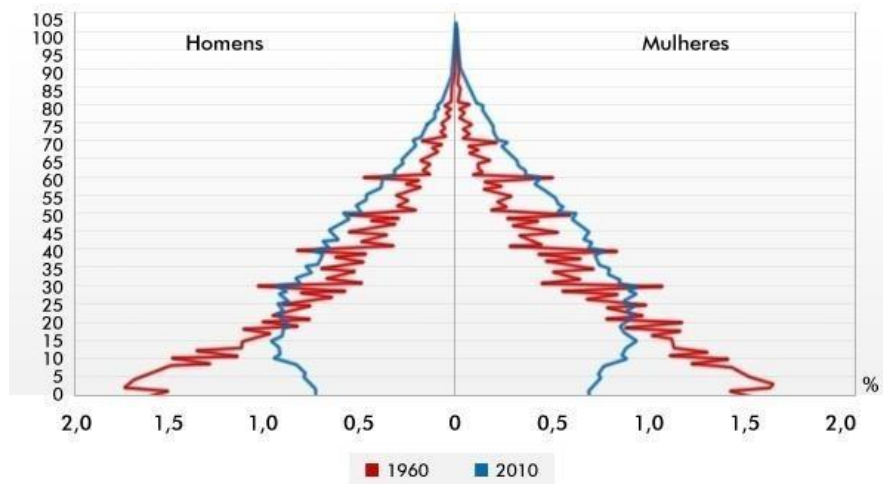
De acordo com Meirelles (2000, p. 28) o envelhecimento é:

[...] um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam por levá-los à morte.

O processo de envelhecimento que vem ocorrendo no Brasil é motivado, principalmente, pela redução da natalidade e pelo aumento da expectativa de vida (ALVES, 2014). Segundo dados epidemiológicos, a quantidade de indivíduos de 0 a 14 anos de idade diminuiu consideravelmente, em 1960 eram 42,7% da população, já em 2010 passou a ser 24,1%; além disso, houve um aumento da faixa etária de 15 a 64 anos, de 54,6% para 68,5%. Já aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, em meados do ano de 2010 havia um total de 23,5 milhões de pessoas e, em 2013, esse número chegou a 34,8 milhões, um aumento de mais de 50%. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade. Nota-se também aumento da expectativa de vida, com projeções de que alcance, em 2041, 80 anos (IBGE, 2013). Assim, por consequência dessas

mudanças, a pirâmide etária sofreu alterações, houve um estreitamento na base e um alargamento do meio para o topo (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil (2010).



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 1960\2010.

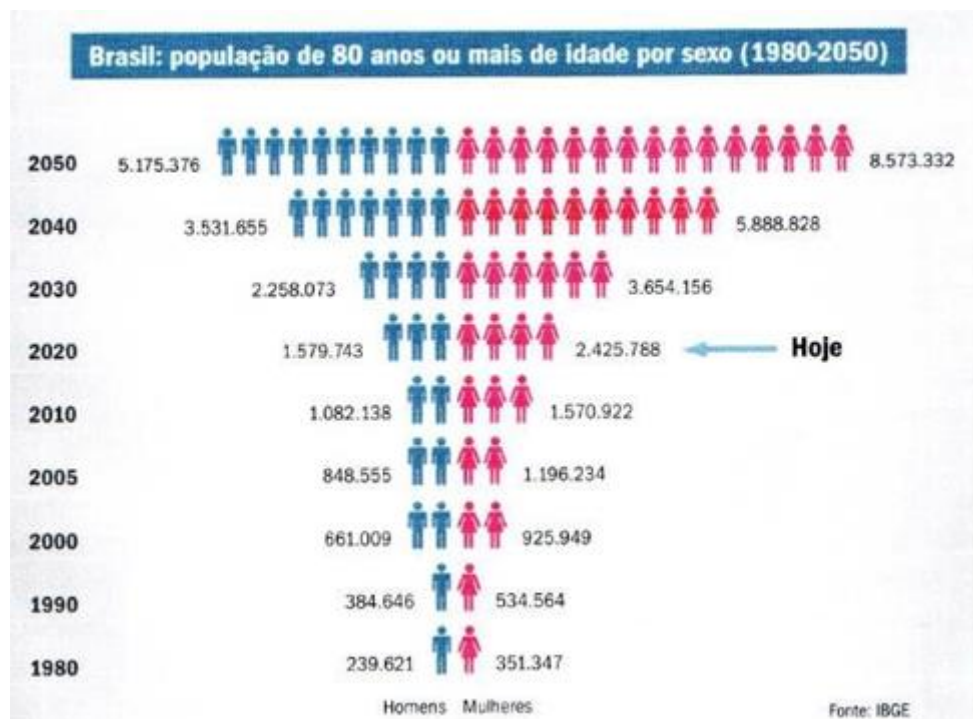
Nas sociedades dos países desenvolvidos, o envelhecimento das populações ganhou uma dimensão e uma complexidade particular, pois ocorreu de forma gradual, ao longo de mais de cem anos, associado ao progresso socioeconômico e a melhoria das condições gerais de vida da população, que contou com um amplo sistema de proteção social. Nos países em desenvolvimento, como no Brasil, o processo de envelhecimento aconteceu de forma rápida, sem tempo para reorganização social e para a área de saúde agir de maneira adequada para atender às novas demandas emergentes, e com isso foram necessárias profundas modificações do ponto de vista das implicações relacionadas com os cuidados de saúde, a organização social e familiar e da parte dos governos das mudanças das condições concretas de saúde e de vida, considerando além desses aspectos as dimensões subjetivas próprias do envelhecimento (MOREIRA *et al.*, 2009; NORONHA, 2010).

Esse envelhecimento populacional que vem ocorrendo é resultante de inúmeros fatores, pode-se ressaltar que houve um maior investimento no setor da saúde, que se iniciou no século XIX com o advento da saúde pública e que trouxe um controle e melhoria dos ambientes externos às residências, como a contribuição para o saneamento básico, a limpeza da água para o consumo (água potável), o controle dos ambientes de trabalho, as melhorias na nutrição e na contenção das doenças infecciosas (OLSHANSKY *et al.*, 2012). Tais avanços continuaram no século XX até os dias atuais e vem contribuindo para a longevidade, agora

aliados aos progressos farmacológicos, às imunizações e às tecnologias médicas (CAMARANO; KANSO, 2004; IEES, 2013).

Além do envelhecimento populacional, observa-se também um aumento da população longeva, uma vez que a faixa etária de 80 anos ou mais vem aumentando consideravelmente, provocando uma heterogeneidade dentro deste segmento populacional (CAMARANO *et al.*, 1997, PINTO *et al.*, 2017). No Brasil, enquanto a taxa média geométrica de crescimento anual da população idosa geral (≥ 60 anos) é de aproximadamente 3,3%, entre os idosos longevos é de 5,4%, sendo uma das mais altas do mundo (LENARDT; CARNEIRO, 2018). O aumento da população mais idosa pode ser observado na figura abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Estimativa de crescimento da população ≥ 80 anos no Brasil no período 1980 a 2050.



Fonte: IBGE (2010).

O envelhecimento é percebido em toda sua amplitude e integralidade, visto que é um fenômeno biológico universal com consequências psicológicas e sociais das mais diversas, pois modifica a relação da pessoa com o tempo, gera mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história. É uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica como no metabolismo. Há um declínio das funções dos diversos órgãos e tecidos, e a saúde é vista de uma maneira mais apropriada e em conformidade com os limites próprios e naturais que a idade oferece (FREITAS *et al.*, 2010; SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Em se tratando da área biológica, é uma etapa da vida que vem acompanhada de um conjunto de mudanças: fisiológicas, psicológicas e sociais. Tais mudanças podem levar à um declínio dos sistemas orgânicos, diminuição da força muscular e do equilíbrio, possibilidades de hospitalização e cuidados mais intensivos (BRITO *et al.*, 2015). Tudo isso, gera grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, e concomitantemente torna-se um desafio para as autoridades sanitárias, principalmente no que se refere à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do cuidado e manejo com a pessoa idosa. É um grupo populacional que consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas (SABATÉ, 2016). Por outro lado, apesar do aumento das despesas com esse grupo populacional, houve um ponto positivo no avanço farmacológico, que permitiu a criação de diversos medicamentos, tanto para doenças infectocontagiosas, como também para as crônico-degenerativas. Juntamente a isso, houve o avanço tecnológico que tem permitido diagnósticos mais eficazes e cirurgias mais elaboradas, o que contribui significativamente para o aumento da expectativa de vida e uma melhor qualidade de vida para quem chega nessa faixa etária (NOBREGA *et al.*, 1999).

Todas essas mudanças desafiam os profissionais de saúde a encontrarem meios para se aperfeiçoarem e garantirem um bem estar e qualidade de vida para esse grupo populacional. Acredita-se que isso é inerente a melhoria das condições de vida dos idosos em termos sociais, econômicos, ambientais e tecnológicos (MOREIRA *et al.*, 2009; NORONHA, 2010).

Infelizmente, percebe-se atualmente uma disseminação na sociedade de uma cultura da supervalorização do que é novo, produtivo e funcional, ideias contrárias àquelas que a representatividade social da velhice assume, sendo uma categoria marcada pela doença que acaba gerando incapacidade. Além do que, o corpo envelhecido não se enquadra nos padrões estéticos amplamente disseminados. Espera-se que apesar desses pontos negativos, a sociedade, governo, órgãos e entidades públicas passem a ter um olhar diferente para o processo de envelhecimento, para que esses indivíduos tenham acesso a uma velhice com qualidade e manutenção da autonomia, sempre buscando preservar a oportunidade dos mais velhos continuarem a participar da sociedade, minimizando, assim, as possibilidades de exclusão social (MEDEIROS *et al.*, 2016).

O Estatuto do Idoso representa um grande avanço da legislação brasileira, iniciado com a promulgação da Constituição de 1988, em que ampliou a resposta do Estado e da

sociedade às necessidades da população idosa. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata-se dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção, devendo ser assegurada à atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003). Recentemente, mudanças legislativas ocorreram como forma de atender melhor aos idosos que mais sentem o desgaste da terceira idade. Em 12 de julho de 2017, foi publicada a Lei nº 13.466, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e altera alguns artigos, estabelecendo prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos, atendendo as suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos, exceto em caso de emergência (BRASIL, 2017).

Nessas circunstâncias, foram criadas também a Política Nacional do Idoso (PNI), aprovada em 1994, com o intuito de proteger os direitos dos idosos; e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), publicada em 2006 por meio da Portaria nº. 2.528, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, em que criou condições para promover autonomia, integração e participação do idoso na sociedade. São dispositivos legais que norteiam ações sociais e de saúde ao segmento do idoso, pautados na visão positiva da velhice que exalta a necessidade de proporcionar condições favoráveis para um envelhecimento ativo e bem-sucedido (BRASIL, 1994; 2006).

Tanto a PNI, quanto a PNSPI serviram de base para um importante documento, que é o Pacto pela Saúde, o qual foi assinado pelo Ministério da Saúde, pelos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), e foi aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde. O Pacto pela Saúde assume o envelhecimento ativo colocado pela OMS, cujo enfoque é a pessoa idosa, reconhecendo-a como participante ativa e condutora de sua vida nas questões familiares e da sociedade. É um processo de fortalecimento das oportunidades de saúde, participação e segurança, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, além de envolver políticas públicas para promover modos de vida mais saudáveis e seguros em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011).

Todas essas modificações que o país vivencia atualmente, acarreta um conjunto de situações que modificam a estrutura de gastos em uma série de áreas importantes, havendo impacto no processo de desenvolvimento econômico e social. Isto caracteriza um grande desafio no campo da sustentabilidade, tanto do sistema de segurança social, quanto do próprio modelo produtivo. Mas, apesar dos desafios, é necessário repensar o que pode ser feito no âmbito do respeito integral da pessoa humana, pois a sociedade precisa ter a capacidade de promover o envelhecimento saudável e ativo (LINCK; CROSSETTI, 2011).

3.2 Capacidade Funcional

A capacidade funcional é conceituada pela combinação das capacidades físicas, fisiológicas e psicocognitivas para a realização de atividades do dia-a-dia com segurança e independência, sendo fundamentais no processo de envelhecimento, pois se refere à interação do indivíduo com sua condição de saúde, fatores ambientais e pessoais (RIKLI; JONES, 1999; PERRACINI; FLÓ, 2009).

Como fator para uma capacidade funcional adequada e uma melhor qualidade de vida ao idoso é importante a realização de uma avaliação clínica minuciosa, sendo uma condição imprescindível para o controle e manutenção de um envelhecimento ativo e saudável (SOUSA *et al.*, 2018). Com isso, para preservar e garantir um processo de envelhecimento adequado, o ideal é manter a capacidade o mais próximo possível do funcionamento global do corpo humano, uma vez que se preservada a capacidade que a pessoa possui em gerenciar a sua vida e cuidar de si próprio, é mantida a sua autonomia e independência. A autonomia pode ser definida como a capacidade do indivíduo em tomar decisões enquanto a independência, a capacidade de realizar algo pelos próprios meios (SANTOS *et al.*, 2016).

A capacidade funcional é considerada um preditor importante na qualidade de vida da pessoa idosa, que pode ser dividida em dois domínios: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que se caracteriza por ações executadas com a finalidade de autocuidado para a manutenção da sobrevivência, como tomar banho, se vestir, escovar os dentes, levantar, usar o banheiro, se alimentar; e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que são tarefas mais complexas e que promovem interação do indivíduo com o ambiente e com a sociedade, onde engloba a avaliação da capacidade do idoso de usar um telefone, fazer compras, preparar alimentos, arrumar a casa, lavar roupas, pegar ônibus, ingerir remédios e manusear as próprias finanças (RAMOS *et al.*, 2013).

Diante das principais questões relativas ao processo de envelhecimento, como à predisposição a situações de incapacidade funcional, a morbimortalidade e o aumento do risco a situações de vulnerabilidade, pode-se destacar a incapacidade funcional, que é compreendida como o conjunto de limitações e dificuldades que o indivíduo apresenta ao realizar atividades cotidianas em qualquer domínio da vida ou a restrição na sua participação social, visto que a perda dos níveis das capacidades funcionais do idoso leva a incapacidades de uma ou mais atividades do cotidiano, podendo acarretar limitações na realização das ABVD e das AIVD (PERRACINI; FLÓ, 2011; SANTOS *et al.*, 2013).

O desempenho das ABVD e das AIVD depende do estado geral da saúde e das funções motoras do idoso, uma vez que o envelhecimento produz uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, e essas alterações acabam por limitar as capacidades do idoso em realizar suas atividades habituais. Além disso, o idoso pode sofrer comprometimentos em decorrência de quadros agudos, morbidades, doenças crônicas ou declínio cognitivo, comuns nessa faixa etária (COSTA-FILHO, 2016). A imagem que se configura a partir disso é de incapacidade, adotando a postura de dependência e dando origem a um sentimento de inutilidade e solidão que conduz à perda gradativa das relações afetivas e sociais (HEREDIA *et al.*, 2005).

Nesse contexto, o conceito de capacidade funcional é de fundamental importância para uma avaliação e cuidado adequado ao idoso, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. As doenças crônicas são um dos fatores que acarretam maiores comprometimentos na capacidade funcional, e tem seu principal fator de risco na própria idade, o que não impede que o idoso tenha alguma doença crônica e que possa conduzir sua própria vida de forma autônoma, além de decidir sobre seus interesses. O idoso que mantém sua independência e autodeterminação - capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia - deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas. As políticas destinadas aos idosos devem levar em consideração a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação. O prolongamento da vida só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009).

Nesse sentido, a Política Nacional da Pessoa Idosa propõe recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Spirduso (2005) divide em cinco categorias os níveis de capacidade funcional em idosos:

- Categoria 1 (Fisicamente dependentes): pessoas que não podem executar atividades básicas da vida diária (como vestir-se, tomar banho, comer) e que dependem de outros para suprir as necessidades diárias;
- Categoria 2 (Fisicamente frágeis): indivíduos que conseguem executar atividades básicas da vida diária, mas não todas as atividades instrumentais da vida diária;
- Categoria 3 (Fisicamente independentes): podem realizar todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária, mas são geralmente sedentários;
- Categoria 4 (Fisicamente ativos): realizam exercícios regularmente e aparentam ser mais jovens que sua idade cronológica;
- Categoria 5 (Atletas): corresponde a pequena porcentagem da população, pessoas participantes de atividades competitivas.

A realização de atividades que visam a promoção à saúde com o objetivo de preservar a capacidade funcional pode contribuir e tardar a incapacidade funcional, assegurando assim um processo de envelhecimento ativo e saudável. A ESF possui papel imprescindível nessas atividades, posto que é definida como a reorganização dos serviços de saúde, prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma contínua e integral. Dessa forma, a ESF deve impulsionar o monitoramento e ações que avaliem e identifiquem a capacidade funcional dos idosos, visando à manutenção da autonomia e independência, para assim gerar medidas que promovam a realização das ABVD e AIVD (WENDT *et al.*, 2013; FERREIRA, 2015).

Prevenir incapacidades é, portanto, de suma importância na velhice e torna-se um grande desafio para a ESF, visto que é necessário atuar nos fatores de risco preveníveis, diminuir complicações consequentes às doenças crônicas e morbidades, além de melhorar a adesão à tratamentos e tentar oferecer oportunidades aos idosos para a participação na comunidade, o que fará com que o idoso vivencie seu envelhecimento com qualidade de vida. Programas voltados para um envelhecimento ativo e saudável, nos quais o idoso seja atendido em suas especificidades, podem propiciar redução das incapacidades e prolongar a sua independência e autonomia (OPAS, 2005; VERAS, 2009).

Entretanto, alterações na capacidade funcional pode gerar dependência, fragilidade, imobilidade, perda da autonomia e sentimentos negativos ao idoso, o que pode gerar impacto nas condições de saúde e no declínio funcional. Além de que, pode trazer implicações

importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para o próprio idoso, visto que acarreta maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (OPAS, 2005; ALVES *et al.*, 2007; PORCIÚNCULA *et al.*, 2014; MINAYO, 2015). Por isso é tão importante a efetividade de uma avaliação do estado de saúde do idoso, e torna-se uma das preocupações para os profissionais de saúde quando é necessário fazer intervenções para preservar a capacidade funcional no processo do envelhecimento. Nesse sentido, é de suma importância a elaboração de estratégias simples, de fácil compreensão e baixo custo financeiro, de maneira a favorecer a eficácia em diagnósticos e tratamentos para esse grupo populacional (RIBEIRO *et al.*, 2015; ARNAU *et al.*, 2016).

A saúde da pessoa idosa está diretamente relacionada com a preservação e manutenção de sua capacidade funcional, ou seja, a possibilidade de cuidar de si, determinando e executando atividades no dia-a-dia com autonomia e independência, apesar da presença de doenças crônicas, declínio cognitivo ou multimorbidades. Para o idoso, a realização das ABVD e AIVD aparece como algo presente e importante para a sua sobrevivência no cotidiano, mantendo-o participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde. Pode ser considerado saudável, o idoso que se mantém independente, ativo e exercendo sua autonomia, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2009; MANSO, 2009; CARDOSO; COSTA, 2010; FERREIRA, 2015).

3.3 Doenças Crônicas

Paralelamente à transição demográfica, a humanidade está passando por uma modificação no padrão de adoecimento, caracterizado pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): enfermidades de evolução prolongada e etiologia não totalmente esclarecidas, que pode acarretar alterações degenerativas no corpo humano, gerar incapacidades, sequelas e até ao óbito (OPAS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As DCNT são responsáveis atualmente por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo, sendo o seu crescimento tão significativo que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem provir de problemas crônicos. Nesses países, como o Brasil, a adesão aos tratamentos gira em torno de, no máximo 20%, gerando encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Infelizmente, grande parte dos sistemas de saúde não possui um plano de gerenciamento das condições crônicas, apenas tratam os sintomas quando aparecem de forma aguda (OMS, 2003).

O Brasil possui um panorama de enfermidades complexas e onerosas resultantes de países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que demanda cuidado constante, medicação contínua e exames periódicos. Do ponto de vista biológico, o processo do envelhecimento é associado à perda progressiva das funções fisiológicas e da capacidade homeostática do organismo, o que irá definir os problemas e limitações que o idoso possa vir a ter, até mesmo os decorrentes de complicações advindas das DCNT. Estes problemas e limitações afetam diretamente a qualidade de vida, uma vez que pode causar a perda da capacidade funcional do idoso. Essas doenças crônicas são responsáveis na maior procura dos idosos pelos serviços de saúde, requerendo por parte dos profissionais de saúde e daqueles que assistem esse público o reconhecimento das necessidades nesse período do ciclo vital (ALVES *et al.*, 2007; VERAS, 2009; CARDOSO; COSTA, 2010; MANSO; RIBEIRO, 2012).

As DCNT apresentam características semelhantes, dentre elas podemos destacar: interações de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos; causa necessária desconhecida; longo período de latência; curso clínico lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação; lesões celulares irreversíveis; evolução para graus variados de incapacidade ou morte. As com maior prevalência entre os idosos, no Brasil, são as cardiovasculares, as neoplasias, as cerebrovasculares e o diabetes mellitus (CARREIRA, 2006).

Esse tipo de doença está aumentando em ritmo acelerado no mundo, sem distinção de região ou classe social e abarca tanto as doenças não transmissíveis (doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma) quanto as transmissíveis com longa sobrevida, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença que há dez anos era sinônimo de provável óbito, mas que atualmente se tornou um problema de saúde com o qual as pessoas podem conviver e gerenciar com eficácia durante anos. Países de renda baixa e média são os que mais contribuem para o aumento na carga das condições não transmissíveis, e, infelizmente, enfrentam o grande impacto das condições crônicas enquanto continuam a lidar com doenças infecciosas agudas, desnutrição e problemas relacionados à saúde materna (MARTINS, 2011). Há uma relação direta entre o processo de envelhecimento populacional e o aumento da quantidade de casos de idosos acometidas por DCNT, o que impulsiona aos profissionais, órgãos da saúde e até a própria sociedade a pensar sobre a velhice de uma forma diferente, com enfoque na prevenção das DCNTs, causadoras de incapacidade e óbitos (OPAS, 2005; VERAS, 2009; IESS, 2013).

A OMS aponta como estratégia para o aprimoramento dos setores de saúde, a fim de atender a demanda das doenças crônicas, oito condições:

- 1) Mudança de paradigma (o tratamento das condições crônicas exige acompanhamento, contato regular e extenso durante o tratamento);
- 2) Gerenciamento do ambiente político (incluindo os administradores do Sistema de Saúde);
- 3) Desenvolvimento de um sistema de saúde integrado;
- 4) Alinhamento das políticas setoriais para a saúde;
- 5) Melhor aproveitamento dos recursos humanos;
- 6) Centralização do tratamento no paciente e na família;
- 7) Acompanhamento dos pacientes nos ambientes familiares e de trabalho;
- 8) Enfatizar a prevenção (detecção precoce e mudanças nos hábitos e estilos de vida).

Entre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são as condições crônicas mais prevalentes na terceira idade, e, além disso, são responsáveis pelas principais causas de hospitalizações, de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Geralmente, outras doenças vêm associadas às DCNT, como: obesidade, sedentarismo e o hábito de fumar, mas que em sua grande maioria são preveníveis e uma vez eliminadas, melhoraria consideravelmente a qualidade de vida do idoso. Em 2007, cerca de 70% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT, especialmente as cardiovasculares, uma das causas mais frequentes de mortalidade entre os idosos (OPAS, 2005; BRASIL, 2006; SCHIMIDT; SILVA, 2012).

A HAS está diretamente associada aos idosos com dependência funcional, pois constituem um importante grupo de risco para os eventos catastróficos e muitas vezes incapacitantes, tais como doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, doença renal terminal e outras. O Acidente Vascular Encefálico (AVE), que tem a HAS como o principal fator de risco modificável, é uma das principais causas de dependência funcional nessa faixa etária, e têm o potencial de levar a complicações como incontinência urinária, disfagia, depressão e dor crônica (PEREIRA *et al.*, 2007; ALVES *et al.*, 2007; ARONOW, 2011).

Já o DM é um importante problema de saúde para a população idosa, atingindo em torno de 20%, com tendência de crescimento. Os idosos com essa morbidade têm maiores taxas de mortalidade prematura, incapacidade funcional e maior frequência de doenças cardiovasculares como HAS, doença coronariana e acidente vascular cerebral. Além disso, apresentam também maiores taxas de síndromes geriátricas como polifarmácia, depressão, disfunção cognitiva, incontinência urinária, quedas, síndrome da fragilidade e dor persistente (ADA, 2008). Dessa forma, surgem desafios para a saúde pública de como manter a

independência com o envelhecimento, fortalecendo políticas de prevenção e promoção à saúde para os idosos de forma a manter ou melhorar a qualidade de vida (VERAS, 2009).

O planejamento para as linhas de cuidado aos idosos com DCNT tem avançado com a implantação das linhas-guia nas instituições de saúde, principalmente nas ESF. E, mais do que isso, representa uma habilidade para garantir a continuidade do cuidado em ações de promoção, proteção, cura, controle e de reabilitação, identificando as responsabilidades dos pontos de atenção envolvidos nesse processo (BRASIL, 2008).

No Brasil, a quantidade de idosos tem aumentado juntamente com o crescimento das DCNTs, possibilitando que ocorra não só diminuição da qualidade de vida como também aumento da incapacidade funcional dos acometidos. Tudo isso ocasiona na necessidade de ações de saúde focadas para a melhoria na saúde deste grupo populacional, mediante ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (MANSO; GALERA, 2015). Dentro de uma perspectiva preventiva, a ESF é uma ferramenta primordial para a manutenção da capacidade funcional, por representar a principal estratégia na prevenção dos agravos relacionados às doenças crônicas e que podem levar à perda da capacidade funcional. As ESF alicerçam a prevenção das incapacidades por serem responsáveis em avaliar, acompanhar, prevenir e, se necessário, intervir nos idosos que apresentam maior risco para perda de autonomia (ALVES, 2014).

Diante disso, observa-se que alterações no padrão epidemiológico estão atreladas nas estruturas e comportamentos sociais e familiares, o que traduz em novas necessidades na reestruturação de políticas sociais e de saúde. As mudanças físicas significativas, o maior risco de ocorrência de doenças crônicas e a maior frequência de incapacidade funcional, pode caracterizar um forte fator de risco para o desenvolvimento de incapacidades (FERREIRA *et al.*, 2011), o que pode levar a restrição de habilidades físicas e mentais necessárias para manutenção de independência e autonomia na realização de atividades básicas diárias e nas de maior complexidade (BARROS *et al.*, 2011; IBGE, 2013; FREITAS *et al.*, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com metodologia quantitativa, transversal e descritiva.

4.2 População

O número global de pessoas idosas, com 60 anos ou mais, está previsto para aumentar de 962 milhões em 2017 para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, quando todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações com indivíduos na terceira idade (ONU, 2014). No Brasil há aproximadamente 30,2 milhões de idosos (IBGE, 2018), no estado de Minas Gerais em torno de 2,5 milhões e, em Diamantina, 4.939 indivíduos, o que representa 2% do total de idosos do estado (IBGE, 2018). Além disso, Diamantina possui uma cobertura assistencial pela ESF de 13 unidades com 100% de cobertura no município (BRASIL, 2019).

No presente estudo, a população foi constituída de idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Diamantina, Minas Gerais. Foram incluídos os idosos cadastrados nas 13 ESF do município, os quais aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os critérios de exclusão deste estudo foram: indivíduos sabidamente acamados, inconscientes e institucionalizados, aqueles sem condições gerais para responder aos questionários e os que se recusaram a participar da pesquisa, não formalizando o TCLE.

4.3 Amostra e Procedimentos de Amostragem

Segundo Mattar (2001) um fator importante para a coleta de dados é a escolha da amostragem, que é o processo de colher as amostras de uma determinada população, sendo os seguintes passos:

- 1º passo – definir a população da pesquisa
- 2º passo – elaborar uma lista de todas as amostras
- 3º passo – decidir o tamanho da amostra
- 4º passo – selecionar o procedimento específico para seleção da amostra
- 5º passo – selecionar fisicamente a amostra.

Marconi e Lakatos (2002), definem os tipos de amostragens em probabilísticas e não probabilísticas. A primeira é caracterizada pela probabilidade aleatória que cada elemento da

população pode ser selecionado e a segunda não faz uso de formas aleatórias de seleção, mas depende em parte do julgamento do pesquisador.

Dentre os tipos de amostragens não probabilísticas, Mattar (2001), descreve as amostras por conveniência que são usadas para testar ideias sobre determinado assunto de interesse, caracterizada pela escolha da seleção de acordo com a conveniência do pesquisador.

Dentre os motivos para o uso de amostragem não probabilística, tem-se os seguintes motivos:

- 1) Apesar da teoria mostrar que a amostragem probabilística é superior à não probabilística, na prática pode ocorrer empecilhos na sua aplicação que enfraquecem essa superioridade, como: dificuldades do entrevistador seguir corretamente as instruções, omissão de perguntas e respostas, não encontrar o entrevistador ou ele recusar-se a responder as perguntas. Apesar de todo o esforço, o resultado do processo de amostragem poderá não ser probabilístico, o que torna a opção de amostragem não probabilística também aceitável.
- 2) Outro motivo é a de obtenção precisa dos dados referentes à amostra da população, mas que não retrata o objetivo principal da pesquisa.
- 3) E um terceiro motivo é referente ao tempo e aos recursos financeiros, materiais e humanos necessários para a realização de uma pesquisa com amostragem probabilística. Os recursos, muitas vezes, não estão disponíveis para o pesquisador, que devido à dificuldade, resta-lhe fazer a pesquisa com os recursos disponíveis ou simplesmente desistir da pesquisa.

Tais argumentos apresentados, dão a sustentação necessária para que a escolha da amostragem dessa pesquisa tenha sido a não probabilística, visto tratar-se de um estudo com limitados recursos temporais e financeiros. A amostra desta pesquisa foi não probabilística de conveniência, composta por idosos cadastrados nas unidades das ESF pertencente ao município de Diamantina, Minas Gerais, e que se enquadravam na pesquisa segundo os critérios de inclusão e exclusão.

4.4 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sendo aprovado por meio do parecer número 3.325.680 (ANEXO C). Foram respeitadas todas as prerrogativas emanadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais atos normativos referentes à pesquisa com seres humanos, incluindo a atenção especial à confidencialidade, o respeito à pessoa humana, a autonomia, a beneficência e a não maleficência.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada mediante aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, sendo que, observados os critérios já descritos, as coletas de dados foram realizadas individualmente, em horários convenientes, em local apropriado e livre de interrupções.

Acadêmicos voluntários do curso de Odontologia da Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) do sexto ao nono períodos auxiliaram na coleta dos dados, em que todos foram previamente treinados para aplicar os instrumentos utilizados na pesquisa.

Foram realizadas entrevistas tanto na ESF quanto nos domicílios dos idosos. Essas entrevistas foram realizadas em horários convenientes e somente com o consentimento do idoso.

4.6 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados questionários e escalas validadas por estudos nacionais e internacionais:

- Escala de Independência em Atividades de Vida Diária de Katz (ANEXO A): É uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho de Independência em Atividades da Vida Diária, em que foi desenvolvido na década de 60 por Sidney Katz e publicado pela primeira vez em 1963 (KATZ *et al.*, 1963). No Brasil, é amplamente usado e sua adaptação transcultural foi conduzida por Lino *et al.*, (2008). O Índice de Katz consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente (capacidade de controle total da micção e da defecação) e alimentar-se, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade (LINO *et al.*, 2008; KATZ *et al.*, 1963). As alternativas de resposta a cada um desses seis itens são: dependente e independente, sendo atribuído a cada resposta zero e um ponto respectivamente. O resultado final pode ir de zero a seis pontos, e os idosos serão englobados em três grupos distintos – zero a dois pontos: dependência importante; três a quatro pontos: dependência parcial; cinco a seis pontos: independência (KATZ *et al.*, 1963).
- Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (ANEXO B): O Índice de Pfeffer é constituído por itens relacionados à capacidade do indivíduo em realizar as AIVD e funções cognitivas/ sociais como fazer compras, preparar alimentação, manter-se em dia com a atualidade, finanças pessoais, compreender o meio onde vive, prestar atenção em

programas de rádio, televisão e os discutir. Quanto menor a pontuação obtida pelo indivíduo, maior a sua independência (PFEFFER *et al.*, 1982). O instrumento possui 10 questões, em que cada questão o idoso pode obter de 0 a 3 pontos, totalizando um máximo de 30 pontos. Entretanto, uma pontuação maior ou igual a cinco pontos já caracteriza o idoso como dependente (PFEFFER *et al.*, 1982).

- Questionário de Caracterização dos Idosos com doenças crônicas (APÊNDICE A): Para levantamento das informações referentes ao perfil socioeconômicos e demográficos e de saúde dos idosos foi elaborado o Questionário de Caracterização dos Idosos.

4.7 Análise estatística

Para a construção do banco de dados foi utilizado o Software Statistic Package Social Survey (SPSS), versão 20.0. Realizou-se análise descritiva e o teste estatístico qui-quadrado, sendo os resultados encontrados apresentados em forma de tabelas.

5 RESULTADOS

Foram realizadas 207 entrevistas. De acordo com a distribuição dos 207 idosos cadastrados na ESF do município de Diamantina em 2019, observou-se que 50,7% eram do sexo feminino e 49,3% do sexo masculino. A maioria possuía idade entre 60 a 65 anos (42,5%), seguida de 71 a 75 anos (18,4%) e de 81 anos ou mais (14,0%). A religião que possuía mais frequentadores era a católica (72%), seguida pelos evangélicos (20,8%). Quanto à raça/etnia, observou-se que a maioria se autodeclarou branca (41,1%), seguidos dos pardos (38,2%) e dos negros (18,8%); apenas 1,4% se autodeclarou amarelo e 0,5% como indígena.

Tabela 1 – Frequência absoluta e percentual (%) das variáveis socioeconômicas e demográficas, Diamantina, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	102	49,3
	Feminino	105	50,7
Faixa etária	60-65	88	42,5
	66-70	32	15,5
	71-75	38	18,4
	76-80	20	9,7
	81+	29	14,0
Religião	Católica	149	72
	Evangélica	43	20,8
	Espírita	6	2,9
	Outra	2	1,0
	Sem religião	7	3,4
Cor/Raça/Etnia	Branco	85	41,1
	Pardo	79	38,2
	Negro	39	18,8
	Amarelo	3	1,4
	Indígena	1	0,5
Estado Civil	Casado	101	48,8
	Separado/Divorciado/Desquitado	19	9,2
	Solteiro	35	16,9
	União Estável	3	1,4
	Viúvo	49	23,7
Frequentou o Ensino Fundamental e/ou Médio	Sim	192	92,8
	Não frequentou	15	7,2
Aposentado	Sim	141	68,1
	Não	66	31,9
Tem filhos	Sim	175	84,5
	Não	32	15,5
Número de filhos	Nenhum	32	15,5
	1 filho	14	6,8
	2 filhos	47	22,7
	3 filhos	37	17,9
	4 ou mais	77	37,2

Quanto ao estado civil, observou-se que 48,8% eram casados, 16,9% solteiros, 1,4% com união estável, 9,2% eram separados/divorciados/desquitados e 23,7 eram viúvos. Com relação à escolaridade, verificou-se que 92,8% afirmaram já ter frequentado o ensino fundamental e médio e 7,2% nunca frequentaram o ambiente escolar, destacando-se que 9,9% eram mulheres que não tiveram contato com esse ambiente de aprendizado. Verificou-se ainda, que 31,9% não eram aposentados e a maioria, 68,1%, eram aposentados. Quando questionados sobre o número de filhos, verificou-se que 6,8% tinham apenas um filho, 22,7% tinham dois filhos, 17,9% tinham tres filhos, 37,2% referiram ter quatro ou mais filhos e apenas 15,5% não tinham filhos (TAB. 1).

Além disso, verificou-se que a minoria dos idosos moravam sozinhos (24,2%) e os demais com o cônjuge ou demais membros da família (75,8%). Quanto à renda mensal, predominou-se àqueles que ganhavam um salário mínimo (57,0%), seguidos dos que ganhavam até tres salários mínimos (26,6%).

Em relação ao tabagismo, a maioria dos idosos não era tabagista (84,1%), sendo que entre os que fumavam a maior proporção estava entre os idosos do sexo masculino com 60,6%. Já sobre o consumo de bebidas alcóolicas, a maioria dos idosos não eram etilistas (79,7%), sendo que entre os que bebiam a maioria estava entre os idosos do sexo masculino (71,4%). Além disso, 76,9% possuíam plano de saúde, enquanto 23,1% não tinha esse benefício (TAB. 2).

Tabela 2 - Frequência absoluta e percentual (%) das variáveis de relacionamento social, econômica e estilo de vida, Diamantina, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Categorias	n	%
Mora sozinho	Sim	50	24,2
	Não	157	75,8
Quem mora com você	Filhos	29	14,0
	Esposa/Marido/Companheiro	56	27,1
	Esposa/Marido/Companheiro e filhos	48	23,2
	Esposa/Marido/Companheiro e outros parentes	1	0,5
	Filhos e outros parentes	5	2,4
	Irmãos	9	4,3
	Outros parentes	9	4,3
	Sozinho	50	24,3
Qual sua participação na vida econômica da família	Aposentado	141	68,1
	Trabalha/Independente	50	24,2
	Não trabalha e os gastos são custeados	16	7,7
Renda Mensal	Nenhuma	8	3,9
	Benefício social	4	1,9
	1 salário mínimo *	118	57
	Até 3 salários mínimos	55	26,6
	> 3 salários mínimos	22	10,7
Fuma	Sim	33	15,9
	Não	174	84,1
Bebe	Sim	42	20,3
	Não	165	79,7
Plano de saúde	Sim	42	20,3
	Não	165	79,7

Fonte: Do autor.

* Salário mínimo vigente no momento do estudo é R\$ 998,00 (Brasil, Decreto nº 9.661, de 1º de Janeiro de 2019).

Quanto ao estado de saúde, a maioria dos idosos foi diagnosticado pelo médico com algum problema de saúde (73,9%), enquanto apenas 26,1% não tiveram esse diagnóstico. Com relação à internação nos últimos 12 meses, a minoria (9,7%) relataram ter ficado internado, e 90,3% não necessitaram passar por internação.

Tabela 3 – Frequência e percentual das variáveis do estado de saúde, Diamantina, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Categorias	n	%
Problema de saúde diagnosticado pelo médico	Sim	153	73,9
	Não	54	26,1
Internação nos últimos 12 meses	Sim	20	9,7
	Não	187	90,3
Histórico de queda	Sim	54	26,1
	Não	153	73,9
Uso de medicação	Nenhum	55	26,6
	1 medicamento	36	17,4
	2 medicamentos ou mais	116	56,1%

Fonte: Do autor.

Quando perguntados sobre histórico de quedas, 73,9% não tiveram quedas ou situações similares. Dos 73,9% de idosos que relataram possuir algum tipo de doença, 26,6% não utilizavam nenhum tipo de medicamentos, 17,4% apenas um, 30,0% dois tipos de medicação, 17,9% três tipos e a minoria usava quatro ou mais medicamentos (8,2%) (TAB 3).

Tabela 4 – Prevalência (%) de doenças crônicas auto-referidas, segundo tipo de doença, em idosos cadastrados na estratégia de saúde da família, Diamantina, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Categorias	n	%
Hipertensão Arterial	Sim	109	52,7
	Não	98	47,3
Diabetes Mellitus	Sim	48	23,2
	Não	159	76,8
AVC/Derrame	Sim	11	5,3
	Não	196	94,7
Doença respiratória	Sim	7	3,4
	Não	200	96,6
Infarto	Sim	15	7,2
	Não	192	92,8
Doenças do coração	Sim	33	15,9
	Não	174	84,1
Colesterol Alto	Sim	50	24,2
	Não	157	75,8
Hanseníase	Sim	0	0
	Não	207	100
Tuberculose	Sim	2	1,0
	Não	205	99,0
Câncer	Sim	7	3,4
	Não	200	96,6

Fonte: Do autor.

As maiores prevalências de doenças auto-referidas foram Hipertensão Arterial (52,7%), Colesterol Alto (24,2%), Diabetes Mellitus (23,2%), Doenças do coração (15,9%),

Infarto (7,2%), AVC/Derrame (5,3%), Doença respiratória (3,4%), Câncer (3,4%) e Tuberculose (1,%). Nenhum idoso referiu ter hanseníase (TAB 4).

Em relação a prevalência da capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária, a maioria dos idosos referiram não necessitar de ajuda para nenhuma das seis atividades avaliadas pelo Índice de Katz, sendo que a atividade “alimentar-se” foi a que teve maior número de idosos independentes (99%; n=205). Em contrapartida, a atividade “continência” foi a que apresentou maior prevalência de ajuda para sua realização (26,6%; n=55) (TAB. 5).

Tabela 5 – Prevalência de capacidade funcional para as Atividades Básicas da Vida Diária por atividade segundo o Índice de Katz, Diamantina-MG, 2019.

Atividade Básica da vida diária	n	%
Tomar banho		
Necessita de ajuda		
Sim	25	12,1
Não	180	87,0
Missing	2	1,0
Vestir-se		
Necessita de ajuda		
Sim	24	11,6
Não	181	87,4
Missing	2	1,0
Utilizar o vaso sanitário		
Necessita de ajuda		
Sim	24	11,6
Não	181	87,4
Missing	2	1,0
Transferir-se		
Necessita de ajuda		
Sim	24	11,6
Não	181	87,4
Missing	2	1,0
Continência		
Necessita de ajuda		
Sim	55	26,6
Não	150	72,5
Missing	2	1,0
Alimentar-se		
Necessita de ajuda		
Sim	0	0
Não	205	99,0
Missing	2	1,0

* Dois *missing* para as seis atividades do questionário de Atividades Básicas da Vida Diária segundo o Índice de Katz

Quando avaliados segundo as atividades instrumentais, os idosos relataram com maior frequência não conseguirem realizar/necessitar de ajuda/faz com dificuldade na atividade de “lembrar de compromissos, acontecimentos, feriados” (20,86%; n=43) e na de “prestar atenção, entender, discutir um programa de rádio, TV ou revista” (19,7%;n=41) (TAB. 6).

Tabela 6 – Prevalência de capacidade funcional para as Questionário de Atividades Funcionais segundo índice de Pfeffer, por atividade, Diamantina-MG, 2019.

Atividade	n	%
Manuseia o próprio dinheiro?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	174	84,1
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	14	6,8
Necessita ajuda	14	6,8
Não é capaz	3	1,4
Missing	2	1,0
Capaz de comprar itens sozinho?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	183	88,9
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	13	6,3
Necessita ajuda	7	3,4
Não é capaz	2	1,0
Missing	2	1,0
É capaz de esquentar agua para o café e apagar o fogo?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	184	88,9
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	14	6,8
Necessita ajuda	6	2,9
Não é capaz	1	0,5
Missing	2	1,0
Capaz de preparar uma comida?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	181	87,4
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	5	2,4
Necessita ajuda	7	3,4
Não é capaz	12	5,8
Missing	2	1,0
Mantem-se em dia com atualidades, do mundo/vizinhança/etc?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	174	85,0
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	27	13,0
Necessita ajuda	4	1,9
Não é capaz	0	0
Missing	2	1,0
Capaz de prestar atenção, entender, discutir um programa de rádio, TV ou revista?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	166	80,2
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	33	15,9
Necessita ajuda	3	1,4
Não é capaz	3	1,4
Missing	2	1,0
Capaz de lembrar de compromissos, acontecimentos, feriados?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	164	79,2
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	24	11,66
Necessita ajuda	15	7,2
Não é capaz	2	1,0
Missing	2	1,0
Manuseia os próprios remédios		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	174	84,1
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	9	4,3
Necessita ajuda	11	5,3
Não é capaz	11	5,3
Missing	2	1,0
Capaz de passear pela vizinhança e voltar para casa sozinho		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	184	88,9
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	5	2,4
Necessita ajuda	15	7,2
Não é capaz	1	0,5

Missing	2	1,0
Pode ser deixado sozinho de forma segura?		
Normal/Nunca o fez mas poderia fazer	182	87,9
Faz com dificuldade/Nunca fez e agora teria dificuldade	4	1,9
Necessita ajuda	18	8,7
Não é capaz	1	0,5
Missing	2	1,0

* Dois *missing* para as dez atividades do questionário de Atividades Funcionais segundo índice de Pfeffer

Quanto aos escores totais da capacidade funcional, 87% (n=180) idosos referiram não necessitar de ajuda para nenhuma das seis atividades avaliadas pelo Índice de Katz e 12,1% (n=25) necessitaram de ajuda em uma ou mais atividades, sendo classificados como dependência importante ou parcial. Em relação à capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária, 87% (n=180) dos idosos foram classificados como totalmente independentes (TAB. 7).

Tabela 7 - Prevalência dos escores totais da capacidade funcional para as Atividades da Vida Diária, segundo o Índice de Katz e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.

	n	%
Escore total de Katz		
0-2 Dependência importante	24	11,6
3-4 Dependência parcial	1	0,5
5-6 Independência	180	87,0
Missing	2	1,0
Escore de Pfeffer		
0-4 - Independente	180	87,0
≥5 - Dependente	25	12,1
Missing	2	1,0

* Dois *missing* para os escores de Katz e Pfeffer

A partir da realização do teste Qui-quadrado, verificou-se associação estatisticamente significativa apenas entre ter filhos para as atividades básicas da vida diária (TAB 8) e faixa etária para as atividades instrumentais de vida diária (TAB 9).

Tabela 8 - Associação entre as variáveis independentes e as ABVD através do teste Qui-quadrado, Diamantina, 2019.

Variáveis	Categorias	n	%	KATZ			Valor de p
				Dependência importante	Dependência parcial	Independência	
Sexo	Masculino	102	49,3	13	0	87	>0,05
	Feminino	105	50,7	11	1	93	
Faixa etária	60-75	88	42,5	10	0	78	>0,05
	66-70	32	15,5	3	0	29	
	71-75	38	18,4	6	0	31	
	76-80	20	9,7	1	0	18	
	81+	29	14,0	4	1	24	
Religião	Católica	149	72	19	1	128	>0,05
	Evangélica	43	20,8	4	0	38	
	Espírita	6	2,9	0	0	6	
	Outra	2	1,0	0	0	2	
	Sem religião	7	3,4	1	0	6	
Cor/Raça/Etnia	Branco	85	41,1	10	1	73	>0,05
	Pardo	79	38,2	12	0	67	
	Negro	39	18,8	2	0	36	
	Amarelo	3	1,4	0	0	3	
	Indígena	1	0,5	0	0	1	
Estado Civil	Casado	101	48,8	11	0	89	>0,05
	Separado/Divorciado/Desquitado	19	9,2	1	0	17	
	Solteiro	35	16,9	6	0	29	
	União Estável	3	1,4	0	0	3	
	Viúvo	49	23,7	6	1	42	
Tem filhos	Sim	175	84,5	22	0	152	0,039
	Não	32	15,5	2	1	28	
Qual sua renda mensal	Nenhuma	8	3,9	0	0	8	>0,05
	1 salário mínimo	118	57,0	15	1	101	
	Até 3 salários	55	26,6	5	0	50	
	3-5 salários	7	3,4	1	0	5	
	5-8 salários	7	3,4	1	0	6	
	8 ou mais salários	8	3,9	1	0	7	
	Benefício Social	4	1,9	1	0	3	
Fuma	Sim	33	15,9	1	0	32	>0,05
	Não	174	84,1	23	1	148	
Bebe	Sim	42	20,3	3	0	39	>0,05
	Não	165	79,7	21	1	141	
Plano de saúde	Sim	42	20,3	2	0	39	>0,05
	Não	165	79,7	22	1	141	
Hipertensão Arterial	Sim	109	52,7	13	1	93	>0,05
	Não	98	47,3	11	0	87	
Diabetes Mellitus	Sim	48	23,2	9	0	37	>0,05
	Não	159	76,8	15	1	143	
AVC/Derrame	Sim	11	5,3	0	0	11	>0,05
	Não	196	94,7	24	1	169	
Doença respiratória	Sim	7	3,4	0	0	7	>0,05
	Não	200	96,6	24	1	173	
Infarto	Sim	15	7,2	4	0	11	>0,05
	Não	192	92,8	20	1	169	

Doenças do coração	Sim	33	15,9	2	0	31	>0,05
	Não	174	84,1	22	1	149	
Colesterol Alto	Sim	50	24,2	4	0	45	>0,05
	Não	157	75,8	20	1	135	
Tuberculose	Sim	2	1,0	0	0	2	>0,05
	Não	205	99,0	24	1	178	
Câncer	Sim	7	3,4	1	0	6	>0,05
	Não	200	96,6	23	1	174	

Tabela 9 - Associação entre as variáveis independentes e as AIVD através do teste Qui-quadrado, Diamantina, 2019.

Variáveis	Categorias	n	%	PFEFFER		Valor de p
				Independente	Dependente	
Sexo	Masculino	102	49,3	87	13	>0,05
	Feminino	105	50,7	93	12	
Faixa etária	60-75	88	42,5	81	7	0,049
	66-70	32	15,5	30	2	
	71-75	38	18,4	31	6	
	76-80	20	9,7	17	2	
	81+	29	14,0	21	8	
Religião	Católica	149	72	129	19	>0,05
	Evangélica	43	20,8	37	5	
	Espírita	6	2,9	6	0	
	Outra	2	1,0	2	0	
	Sem religião	7	3,4	6	1	
Cor/Raça/Etnia	Branco	85	41,1	75	9	>0,05
	Pardo	79	38,2	68	11	
	Negro	39	18,8	33	5	
	Amarelo	3	1,4	3	0	
	Indígena	1	0,5	1	0	
Estado Civil	Casado	101	48,8	92	8	>0,05
	Separado/Divorciado/Desquitado	19	9,2	16	2	
	Solteiro	35	16,9	29	6	
	União Estável	3	1,4	3	0	
	Viúvo	49	23,7	40	0	
Tem filhos	Sim	175	84,5	153	21	>0,05
	Não	32	15,5	27	4	
Qual sua renda mensal	Nenhuma	8	3,9	8	0	>0,05
	1 salário mínimo	118	57,0	99	18	
	Até 3 salários	55	26,6	49	6	
	3-5 salários	7	3,4	6	0	
	5-8 salários	7	3,4	7	0	
	8 ou mais salários	8	3,9	7	1	
	Benefício Social	4	1,9	4	0	
Fuma	Sim	33	15,9	30	3	>0,05
	Não	174	84,1	150	22	
Bebe	Sim	42	20,3	38	4	>0,05
	Não	165	79,7	142	21	
Plano de saúde	Sim	42	20,3	39	2	>0,05
	Não	165	79,7	141	23	

Hipertensão Arterial	Sim	109	52,7	94	13	>0,05
	Não	98	47,3	86	12	
Diabetes Mellitus	Sim	48	23,2	39	7	>0,05
	Não	159	76,8	141	18	
AVC/Derrame	Sim	11	5,3	11	0	>0,05
	Não	196	94,7	169	25	
Doença respiratória	Sim	7	3,4	7	0	>0,05
	Não	200	96,6	173	25	
Infarto	Sim	15	7,2	12	3	>0,05
	Não	192	92,8	168	22	
Doenças do coração	Sim	33	15,9	30	3	>0,05
	Não	174	84,1	150	22	
Colesterol Alto	Sim	50	24,2	44	5	>0,05
	Não	157	75,8	136	20	
Tuberculose	Sim	2	1,0	2	0	>0,05
	Não	205	99,0	178	25	
Câncer	Sim	7	3,4	5	2	>0,05
	Não	200	96,6	175	23	

6 DISCUSSÃO

De acordo com o IBGE, no censo realizado em 2010, a população de idosos brasileiros era de 20.590.599 com 60 anos ou mais de idade, sendo que a maioria era representado por mulheres (55,5%). O alargamento do topo da pirâmide etária vem ocorrendo devido ao crescimento da população idosa, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. No estado de Minas Gerais, 11,8% da população é composta pelos idosos (60 anos ou mais), e destes 55,1% são do sexo feminino. No município de Diamantina, a proporção de idosos era de 10,7% da população total, sendo que o sexo feminino predominava entre essa faixa etária, com 58,01% (IBGE, 2010). O Sudeste é uma das regiões mais envelhecidas do País, que tinham em 2010 a proporção de 8,1% da população formada pelos idosos, enquanto em comparação a proporção de crianças menores de cinco anos era em média de 6,5%.

Com isso, percebe-se que há uma maior quantidade de idosas no contexto brasileiro, tanto nas proporções regionais, quanto municipais. A ampliação da expectativa de vida é muito significativa para a mulheres e é visto como a “feminização da população idosa” (VERAS, 2004). Esse aumento dos indivíduos do sexo feminino pode ser explicado, entre outras causas, pela menor exposição a fatores de risco, como tabagismo, etilismo e violências, além de que há um maior índice entre o sexo masculino de doenças letais, como as doenças isquêmicas, do coração e infarto. Juntamente a isso, pode-se levar em conta as diferenças de atitudes em relação ao controle e tratamento de doenças, uma vez que as mulheres são mais atentas aos sintomas, buscam mais os serviços de saúde, possuem um maior conhecimento das doenças, expressam melhor os seus sintomas, tendem a fazer os tratamentos médicos com mais rigorosidade e conseguem conviver com mais incapacidade funcional do que os homens (CAMARANO, 2004; VERAS, 2004; FERREIRA, 2015; GAVASSO; BELTRAME, 2017). Vários desses fatores contribuem para a feminilização da velhice, o que corrobora com os achados da Tabela 1, no qual o percentual de mulheres idosas é maior que o de homens.

Entretanto, apesar das mulheres terem maior expectativa de vida em comparação aos homens, isso não reflete em uma melhor condição de vida e de saúde aos anos vividos a mais, uma vez que as doenças mais prevalentes nesse grupo populacional são as não-fatais, como as crônicas e incapacitantes, tais como hipertensão arterial e artrite. São pessoas que estão mais vulneráveis a incapacidades físicas e mentais causadas, muitas vezes, pelas doenças crônicas e pelo aumento da dependência para a realização das atividades de vida diária (NERI, 2001; VERAS, 2004; FERREIRA, 2015).

O predomínio do sexo feminino foi similar aos estudos transversais de Gavasso; Beltrame (2017) com 68,8%, Sousa *et al.*, (2018) com 55,4% e Andrade *et al.*, (2018) com 59%.

A faixa etária predominante entre os idosos foi a de 60 a 65 anos (42,5%), como observado no estudo. Esses dados corroboram com outros estudos realizados no Brasil (MATOS *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2018; GAVASSO; BELTRAME, 2017). De acordo com o DATASUS (2011), trata-se também de uma realidade nas esferas, nacional, estadual e municipal. Verifica-se um aumento da longevidade, principalmente entre os idosos com idade de 60 a 70 anos, o que pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida. Entretanto, juntamente a esse crescimento da população idosa, percebe-se também a uma maior implicação de idosos com risco para incapacidades funcionais, visto que a própria idade já é um fator de risco (BRITO *et al.*, 2013). Estudos mostram que quanto maior a faixa etária, maior a probabilidade da incapacidade funcional, sendo que aqueles acima de 70 anos possuem em média sete vezes mais chances de terem um dano funcional do que aqueles que estão abaixo de 70 anos (LOURENÇO *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2018).

Os dados revelaram que a maioria dos idosos professavam algum tipo de religião (96,6%), sendo dentre esses a maioria da religião católica (72,0%) e 20,8% protestantes. Segundo o censo do IBGE (2010), apesar da diminuição da porcentagem nacional da religião católica de 73,7% (2000) para 65,0% (2010), essa ainda predomina na população brasileira. Em contrapartida, houve um aumento em todas as outras religiões. Esses dados corroboram com outros estudos, em que a prevalência de católicos também foi observada (NAKATANI *et al.*, 2009; NUNES *et al.*, 2010; MATOS *et al.*, 2018). Como alguns dos fatores que influencia nessa proximidade dos idosos com a espiritualidade, pode-se levar em conta a experiência, maturidade, problemas vividos e maior disponibilidade de tempo (ARAUJO *et al.*, 2003).

Quanto à raça/etnia, a maioria se autodeclarou branca, enquanto que no Brasil mais de 50% da população autodeclara-se parda (PNAD, 2010). Esse dado encontrado na atual pesquisa corrobora com outros estudos (GUTHS *et al.*, 2017; PINTO *et al.*, 2016).

De acordo com os resultados encontrados no estudo, percebe-se que a maioria dos idosos frequentaram o ensino fundamental e/ou médio (92,8%), mas esse dado não garante que tenham tido um acesso contínuo e com qualidade para uma alfabetização. Estudos apontam que a taxa de analfabetismo na população idosa é alta, visto que muitos tiveram dificuldades de acesso às escolas, principalmente pelas mulheres (FERREIRA, 2015; PLETSCHE *et al.*, 2014). Esse resultado difere dos encontrados na literatura (SOUSA *et al.*, 2018; MATOS *et al.*, 2018; GAVASSO; BELTRAME, 2017), em que apresentam taxas dos níveis educacionais baixo na população idosa.

A maioria dos idosos que participaram do estudo são aposentados (68,1%), a renda mensal predominante é de um salário mínimo (57,0%) e apenas 20,3% possuem plano de saúde. Esses dados são similares a de outros estudos (NUNES *et al.*, 2010; MATOS; *et al.*, 2018). Em um estudo sobre o impacto dos determinantes da condição do idoso em relação ao trabalho e à aposentadoria, os resultados sugeriram que, com o aumento dos anos de vida, são maiores as chances de não realizar atividade laboral, pois, com o envelhecimento, sua capacidade física decresce (CONSORTE, 1997). Este fato foi identificado na população estudada, pois apenas 24,2% (n=50) relataram ainda exercer alguma atividade laboral.

Além disso, a quantidade de idosos casados foi maior (48,8%) em relação às demais categorias e apenas 24,2% moram sozinhos. Verifica-se que vários estudos também tiveram essa prevalência (NUNES *et al.*, 2010; GAVASSO; BELTRAME, 2017; SOUSA *et al.*, 2018; MATOS *et al.*, 2018). Entretanto, verifica-se uma tendência da viuvez nesse grupo populacional (23,7%) corroborando com outros estudos, o que se torna um importante indicador para vulnerabilidade no desenvolvimento da incapacidade funcional, visto que contribui para o isolamento e falta de estímulo para o autocuidado, principalmente da saúde, pois não há mais o incentivo do companheiro. Torna-se assim um fator de risco para mortalidade e agravamento de morbidades (LOURENÇO *et al.*, 2012; FERREIRA, 2015; GAVASSO; BELTRAME, 2017; SOUSA *et al.*, 2018).

Já em relação ao número de filhos, verifica-se que a maioria dos idosos possuíam quatro ou mais filhos (37,2%), característica de uma sociedade que até então não possuía uma política de contracepção e planejamento familiar, era pouco urbanizada e de pouca atuação da mulher no mercado de trabalho, o que reflete no perfil dos idosos atuais (BERQUÓ, 2006).

Em relação aos tabagistas e etilistas, percebe-se nesse estudo que são a minoria, sendo 15,9% e 20,3%, respectivamente. O tabagismo é considerado um fator agravante na saúde do idoso, pois muitos fumantes não abandonam o hábito por conta de uma doença crônica existente ou pela redução da capacidade funcional, o que pode acarretar maiores prejuízos e danos à saúde (CARVALHO, 2009). Já o etilismo nos idosos podem ser menos reconhecidos quando é comparado com os jovens, uma vez que o hábito de beber pode estar “disfarçado” em doenças normais da terceira idade, como a depressão, insônia, doenças cardiovasculares e quedas repetitivas, sendo que o álcool apresenta um risco maior de intoxicação e consequências adversas em indivíduos senis (OLIVEIRA; SANTANA, 2015).

Com relação aos problemas de saúde diagnosticado pelo médico, a maioria dos idosos (73,9%) tiveram o diagnóstico positivo, fato que pode estar relacionado diretamente com a vulnerabilidade a doenças crônicas e a incapacidade funcional. A minoria dos idosos tiveram

internação nos últimos 12 meses (9,7%) e histórico de quedas (26,1%). Em outra pesquisa foi verificado que em torno de 30% dos idosos brasileiros sofrem quedas pelo menos uma vez ao ano, dado semelhante a essa pesquisa (PERRACINI; RAMOS, 2002). Outros estudos corroboram com esses dados (BRITO *et al.*, 2013; SIQUEIRA *et al.*, 2007; GAI *et al.*, 2010). As quedas representam uma das principais causas de incapacidade funcional entre os idosos, é decorrente de uma perda do equilíbrio postural que pode estar relacionada a vários fatores, como o próprio envelhecimento, doenças crônicas e fatores ambientais. Por ser uma situação que acontece em maior proporção nos idosos, é muitas vezes visto como uma consequência inevitável, um efeito colateral e “natural” do envelhecimento (BRASIL, 2000).

Com relação às doenças auto-referidas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais frequente (52,7%%) entre os idosos, seguido por Colesterol alto (24,2%), Diabetes Mellitus (23,2%), Doenças do coração (15,9%) e Infarto (7,2%). A HAS também é observada como a doença crônica mais frequente nos idosos em outros estudos (GAVASSO; BELTRAME, 2017; ANDRADE *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2010).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade na população idosa. A HAS está entre as doenças crônicas mais comuns, sendo multifatorial e de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e silenciosa. É considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce. Estima-se que no Brasil mais de 60% dos idosos sejam hipertensos (SCHMIDT *et al.*, 2011; OMS, 2005)

A HAS está diretamente associada aos idosos com dependência funcional, pois constituem um importante grupo de risco para os eventos catastróficos e muitas vezes incapacitantes. Além de ser um dos principais fatores de risco para a mortalidade nessa faixa etária, também causa prejuízo à qualidade de vida, fato que muitas vezes retira o valor da longevidade conquistada. Complicações decorrentes da HAS, como o acidente vascular encefálico, é uma das principais causas de dependência funcional nessa faixa etária, e tem o potencial de levar a complicações como incontinência urinária, disfagia, depressão e dor crônica (BRASIL, 2006; ALVES *et al.*, 2007; ARNOW *et al.*, 2011; CHAVES *et al.*, 2015).

A análise dos dados constatou que a maioria dos idosos eram independentes para as ABVD. Esses resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Gavasso; Beltrame (2017) já que 84,2% eram independentes para as atividades básicas, assim como os 59% citados por Andrade *et al.* (2018). Essa baixa prevalência de dependência para as atividades básicas executadas no Índice de Katz ocorre por essas atividades estarem relacionadas a cuidados pessoais e por serem menos complexas do que as atividades instrumentais (NOVAIS *et al.*,

2016). Além disso, correspondem às funções mais elementares no que diz respeito à sobrevivência do indivíduo.

A continência (urinária e fecal) foi a atividade em que os idosos relataram maior dificuldade, o que vai ao encontro de outro estudo em que a prevalência de incapacidade para tal atividade foi de 14,5% (PINTO *et al.*, 2016). Já outro estudo realizado em Santa Catarina, houve maior prevalência de idosos com dependência total na atividade de tomar banho (4,8%) (GAVASSO; BELTRAME, 2017). Com relação ao achado da continência, é relevante a intervenção precoce dos profissionais de saúde nesses idosos, uma vez que a preservação da continência urinária e fecal afeta diretamente à qualidade de vida desses indivíduos. Sabe-se da dificuldade em abordar tal assunto com essa faixa etária, muitas vezes pela educação mais rudimentar e fechada que tiveram, o que dificulta falar sobre questões relacionadas à sexualidade. Com isso, o profissional em um primeiro momento deve-se tentar criar um vínculo de confiança, para que assim futuramente o idoso sinta-se tranquilo e à vontade para se abrir e falar sobre essas dificuldades e de aceitar as orientações necessárias.

Além das ABVD, a presente pesquisa avaliou também as atividades instrumentais. Identificou-se que 87% dos idosos são totalmente independentes para as AIVDs, dado semelhante ao da pesquisa de Gavasso, Beltrame (2017), em que 70,2% dos idosos demonstraram independência para as AIVD. No entanto, esse dado vai de encontro com a pesquisa realizada por Andrade *et al.* (2018), em que apenas 35,6% dos idosos são totalmente independentes para as AIVDs. O Índice de Pfeffer atribui tarefas mais complexas, em que amplia os aspectos abordados pela escala de ABVD, e na presente pesquisa a maior dificuldade dos idosos estava relacionada com a capacidade de lembrar de compromissos, acontecimentos e feriados (20,86%), seguido da capacidade de prestar atenção, entender, discutir um programa de rádio, TV ou revista (19,7%).

Ter filhos foi a única variável independente que apresentou associação estatisticamente significativa com a capacidade funcional para as ABVD, apesar da literatura abordar a relação da capacidade funcional com as DCNT, principalmente a hipertensão arterial e a diabetes mellitus (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2018). Nessa pesquisa, dentre as DCTN'S, a hipertensão arterial foi a mais prevalente entre os idosos quando classificados nos três níveis de capacidade funcional para as ABVD, sendo a prevalência maior entre os dependentes. Supõe-se que as doenças não influenciaram no desfecho da capacidade funcional devido ao fato de estarem em estágios que ainda não interferem nesta, o que ratifica a importância da atuação dos profissionais de saúde no controle das mesmas, principalmente em relação às mudanças de hábitos. Além disso, pode ter tido influência quanto o tipo de amostra em que os dados foram

coletados, uma vez que os questionários foram aplicados somente àqueles idosos que possuíam cadastro no centro de saúde, ou seja, a pessoa já tem um certo cuidado e acompanhamento da saúde.

Em relação à prevalência de capacidade funcional para as AIVD, no presente estudo obteve-se que mais de 87% dos idosos eram independentes, e apenas a faixa etária apresentou associação estatisticamente significativa, diferente de um estudo realizado em Goiânia, no qual 58,1% (n=61) apresentaram algum grau de dependência e outro realizado no interior da Bahia, em que os idosos também apresentaram maior dependência para as AIVD 65,3% (n=98) (NUNES *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2010). As atividades instrumentais exigem maior desenvolvimento da parte cognitiva, maior desenvoltura nas relações sociais e capacidade em lidar com adversidades, o que é influenciado pelo grau de escolaridade. Desse modo, supõe-se que a escolaridade tenha tido influência positiva nos idosos dessa pesquisa para a realização das AIVD, visto que 92,8% dos idosos frequentaram o ensino fundamental e/ou médio.

7 CONCLUSÃO

Os idosos entrevistados no presente estudo eram em sua maioria do sexo feminino, com idade entre 60 a 65 anos, católicos, autodeclarados brancos, frequentaram o ensino fundamental e médio, aposentados, tinham de quatro a mais filhos, ganhavam um salário mínimo, casados, moravam com cônjuge ou demais membros da família, não fumavam e nem bebiam, possuíam plano de saúde, foram diagnosticados pelo médico com algum problema de saúde, não necessitaram passar por internação, não tiveram quedas, utilizavam dois medicamentos e possuíam algum tipo de doença crônica, destacando-se a hipertensão.

As variáveis que estiveram associadas com a capacidade funcional foram apenas a de ter filhos e a faixa etária. Ainda que o desenho transversal dessa pesquisa não tenha permitido estabelecer que as doenças crônicas causaram influência na capacidade funcional, nota-se uma diferença percentual de dependência entre as DCTN's, tanto para as ABVD quanto para as AIVD. Pode-se considerar que esse resultado se deu pela quantidade de idosos que compuseram esta pesquisa e pela amostra que foi estudada, e que se for feita com uma amostra maior, os dados possam apontar efetivamente essa relação. Além disso, é necessário buscar não somente os idosos atendidos pelos centros de saúde, mas também aqueles que não são cadastrados e não possuem acesso aos serviços de saúde, haja visto que o público participante da ESF possui maior cuidado e atenção com a saúde, o que interfere diretamente nos dados da pesquisa.

Contudo, tendo em vista que a continência (urinária e fecal) foi a atividade em que os idosos relataram maior dificuldade nas ABVD, destaca-se a importância da intervenção precoce dos profissionais de saúde das ESF, além de orientações para a família e os cuidadores. Medidas de prevenção e cuidado visam à preservação da qualidade de vida e da capacidade funcional desses indivíduos.

A identificação e o tratamento de doenças continuam sendo objetivos fundamentais para a área de geriatria moderna, mas apenas isso não é suficiente. Conhecer como o idoso está exercendo as ABVD e as AIVD é fundamental para a avaliação funcional. Ainda que o idoso seja portador de uma ou mais doenças crônicas, ele pode ser considerável saudável uma vez que mantenha a sua autodeterminação.

O alto índice de doenças crônicas é uma característica frequente da velhice atual, o que traz aos profissionais de saúde medidas de cuidados diferentes em relação àquelas que são empregadas nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os problemas de saúde de forma holística, não apenas o físico e mental, mas também o que está à sua volta, como o social,

familiar, estrutural; para assim estabilizar seu quadro e manter sua capacidade funcional pelo maior tempo possível.

É importante que a ESF tenha conhecimento do perfil de seus idosos e quais as suas necessidades, para que assim consiga construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços e cuidados. É necessário que todos os profissionais envolvidos no cuidado à pessoa idosa tenham como propósito a construção de um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, para que assim contribua efetivamente para a melhoria da qualidade de vida e manutenção da capacidade funcional desses indivíduos senis.

8 REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2008. **Diabetes Care**. v.31, Suppl 1, p.1-43, jan. 2008.

ALENCAR, M. A. *et al.* Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v.15, n.4, p.785-796, 2012.

ALVES, J.E.D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação** [Internet], v.4, n.40, p. 8-15, 2014 [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, p.1924-1930, Ago. 2007.

ALVES, Luciana Correia *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.

ANDRADE, L.A.; REIS, L.A.; NOVAIS, M.M.; QUEIROZ, D.B.; OLIVIERA, L.C.; ARAÚJO, C.M. Relação da autopercepção de saúde, capacidade funcional e condições de saúde de idosos longevos residentes em domicílio em Jequié-BA. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 75-86, 2018.

ARAÚJO, M.A.S.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVA, L.B.; BACHION, M.M. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – Go. **Revista UFG**, Goiás, v. 5, n.2, fev. 2003.

ARNAU, A. *et al.* Risk factors for functional decline in a population aged 75 years and older without total dependence: A one-year follow-up. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, New York, v. 65, p. 239-247, 2016.

ARONOW, W.S.; FLEG, J.L.; PEPINE, C.J.; ARTINIAN, N.T.; BAKRIS, G.; BROWN, A.S.; *et al.* ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. **Circulation**, v.123, p.506-2434, 2011.

BARROS, M.B.A.; FRANCISCO, P.M.S.B.; ZANCHETTA, L.M.; CESAR, C.L.G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p 3755-68, 2011.

BERQUÓ, E. S.; CAVANAGHI, S. M. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução do número médio de filhos por mulher no Brasil. **Revista Novos Estudos – CEBRAP**, v. 74, p. 11-5, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Instabilidade Postural e Queda. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**. nº 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 20 de outubro de 2006; Seção 1. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

BRASIL. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS: 168p. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **O que é o Pacto pela Saúde? [Internet]**. Brasília; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021. Acesso em 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 13.466, de 12 de julho de 2017. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude-pns>

BRITO, K.Q.D.; MENEZES, T.N.; OLINDA, R.A. Functional disability and socioeconomic and demographic factors in elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.4, p. 633-641, 2015.

BRITO, T.A.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.S.; JESUS, C.S. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51, Mar. 2013.

CARDOSO, J.H.; COSTA, J.S.D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 2871-2878, set. 2010.

CAMARANO, A.A. *et al.* **Transformações no padrão etário da mortalidade brasileira em 1979-1994 e o impacto na força de trabalho**: Texto para discussão nº 512. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; setembro 1997.

CAMARANO, A.; KANSO, S. **Como vive o idoso brasileiro?** In: CAMARANO, Ana Amélia. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-73.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (eds). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap 6, p. 58-71, 2002.

CARVALHO, J. A. M; RODRÍGUEZ-WONG, L. L, A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.24, n.3, p.597-605, mar, 2008.

CARVALHO, A.A. **Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência de Brasília, DF**. Dissertação. Brasília (DF): Universidade Católica; 2009.

CARREIRA, L. **Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica: análise do conceito na perspectiva da família**. 2006. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (SP), Escola de Enfermagem da USP, 2006.

CHAVES, A.S.; SANTOS, A.M.; ALVES, M.T.S.S.B.; SALGADO FILHO, N. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n.3, p. 545-56, 2015.

CHENA, D.N.C; ORTOLANI, F.P.B; WITTER, C; RODRIGUES, G.M. Envelhecimento e Interdisciplinaridade: Análise da produção científica. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 883-901, 2015.

CRUZ, D.T.; CAETANO, V.C.; LEITE, I.C.G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 18, n.4, p. 500-8, 2010.

CONSORTE, J.G. Culturalismo e educação nos anos 50: O desafio da diversidade. **Cad CEDES** [periódico da Internet]. 1997 [acessado 2015 jan 11];18(43).

COSTA-FILHO, A.M. Contribuição das doenças crônicas na prevalência da incapacidade para as atividades básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD) de vida diária entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013) [Dissertação na Internet]. Belo Horizonte: FIOCRUZ; 2016 [acesso em 18 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17921>

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 43-48, 2006.

FERREIRA, T.C.R.; PINTO, D.S.; PIMENTEL, K.A.; PEIXOTO JÚNIOR, O. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.8, n.1, p. 9-20, 2011. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/387>

FERREIRA, A.P. Capacity and performance for the realization of basic activities of daily living (basic and instrumental) in elder dependents. **Revista Baiana Saúde Pública**, v.39, n.1, 2015.

FITZGERALD, K.G. Teaching Global Aging. **The Gerontologist**, v. 55, n. 1, p. 173-176, Jan 2015.

FREITAS, M.S.; QUEIROZ, T.A.; SOUZA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.44, v.2, p.12-407, 2010.

FREITAS, R.S.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.D.S.; *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.6, p. 933-9, 2012.

GAI, J.; GOMES, L.; NÓBREGA, O.T.; RODRIGUES, M.P. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.3, p. 327-32, mar. 2010.

GAVASSO WC, BELTRAME V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.3, p.398-08, 2017.

GOMES, G. C.; DIOGO, M. J. D. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D. NERI, A. ; CACHIONI, M. (Org). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alínea, 2004. p.107-132.

GUTHS, J.F.S. *et al.*, Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 175-185, Apr. 2017.

GRDEN, C.R.B. *et al.* Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. **Revista Rene**, Ceará, v. 16, n. 3, p. 391-397, maio/jun. 2015.

HEREDIA, E.L.; PENA, G.M.; GALIANA, J.R. Handgrip dynamometry in healthy adults. **Clinical Nutrition**, v.24, n.2, p.250-8, 2005.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/> >. Acesso em: 12 ago 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013 - ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

IESS. INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: IESS, 2013.

KAWASAKI, K. **Impacto da Hospitalização na Capacidade Funcional do Idoso**. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

LENARDT, M.; CARNEIRO, N. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 1, 2018.

LINCK, C.L.; CROSSETTI, M.G.O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p.385-93, jun. 2011.

LOURENÇO TM, LENARDT MH, KLETEMBERG DF, SEIMA MD, TALLMANN AEC, NEU D, K M. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, p.176-85, 2012.

LUZ, P.E.; DALLEPIANE, L.B.; KIRCHNER, R.M.; ANACLETO, S.L.A.; SILVA, F.P.; FK, J, GOPINGER E, MARTINAZZO CJ. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p.303-14, 2014.

MANSO, M.E.G.; BIFFI, E.C.; GERARDI, T. Idosos vinculados a um plano de saúde e o uso inadequado de medicamentos. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 8., 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: GERP, 2013.

MANSO, M.E.G.; RIBEIRO, M.P.. Caracterização das condições de saúde de um grupo de idosos pertencente a um plano de saúde. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 69, n. 3, p. 45- 55, mar. 2012.

MANSO, M.E.G.; GALERA, P.B. Perfil de um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 57-71, 2015.

MATOS, F.S.; JESUS, C.S.; CARNEIRO, J.A.O.; COQUEIRO, R.S.; FERNANDES, M.H.; BRITO, T.A. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3393-3401, Out. 2018.

MARTINS, K.T. **Doenças Crônicas Pulmonares em idosos residentes no Município de São Paulo Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. 2011. 137 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011.

MEDEIROS, D.V. *et al.* A percepção do idoso sobre a velhice. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v.10, n.10, p.3851-3859, out, 2016.

MEIRELLES, M. A. E. **Atividade Física na Terceira Idade: uma abordagem sistemática**. Rio de Janeiro: Editora Sprint, 2000.

MINAYO, M. Aumento acelerado da expectativa de vida e o desafio de cuidar das pessoas idosas dependentes. **Revista Investigaciones Andina**, Bogotá, v. 17, n. 31, p. 1278–1283, 2015.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v, 19, n.3, p.507-519, 2016.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 21/07/2016.

MOREIRA, A. *et al.* **Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009: o tempo da vida**. Cascais: Principia; 2009.

NAKATAN, A.Y.K.; SILVA, L.B.; BACHIONI, M.M.; NUNES, D.P. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 144-50, 2009.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein: São Paulo, v. 6, Supl 1, p. S4-S6, 2008.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2. 2001. Campinas. **Anais...** Campinas: GERP, 2001.

NÓBREGA, A. C. L. *et al.* Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 5, n. 6, p.207-211, dez. 1999.

NORONHA, P. C. **As instituições de longa permanência para idosos em pequenos centros urbanos mineiros: práticas e costumes alimentares.** 104 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NOVAIS, M. *et al.* Avaliação de indicadores de desempenho funcional de idosos residentes em domicílio. **Arquivos de ciências da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 67-72, 2016.

NUNES, D.P.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A.; BACHION, M.M.; SOUZA, M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2887-2898, 2010.

OLIVEIRA, M. E. S.; SANTANA, R. G. Idoso: o uso abusivo do álcool e suas repercussões nos contextos psicossocial e familiar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015, Recife, **Anais...** Recife: Faculdade Estácio Recife, 2015. p.1-13.

OLSHANSKY, J. *et al.* **The Longevity Dividend: Health as an Investment.** In: BEARD, John *et al.* Global Population Ageing: Peril or Promise? Geneva: World Economic Forum, 2011. p. 57-60. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>>. Acesso em: 24 set. 2012.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatística Mundiais 2015.** Luxemburgo, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/>.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF); 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo:** Uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PERRACINI M. R., FLÓ C. M. **Funcionalidade e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 6, n.6, p. 709-16, dez. 2002.

PEREIRA, M.R. *et al.* Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, p. 74-2363, 2007.

PINTO, A.H. *et al.*, Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, Nov. 2016.

PINTO, D. *et al.* Atividades funcionais e nível de dependência em idosos longevos residentes em domicílio. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 7, n. 3, p. 369-376, 2017.

PNAD. Programa Nacional por Amostra de Domicílios. 2010 [acessado em 25 agos 2019] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149

PORCIÚNCULA, R. *et al.* Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 315-25, 2014.

RAMOS, L.R.; ANDREONI, S.; COELHO-FILHO, J.M.; LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; REBOUÇAS, M. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.3, p. 506-13, 2013.

REIS, P.G., *et al.* As Grandes Transições (Transformações e/ou mudanças) e seus impactos. In: **Saúde do Idoso: Epidemiologia, Aspectos Nutricionais e Processos do Envelhecimento**. TINÔCO, A.L.A.; ROSA, C.O.B. (Org.). 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. p.528.

RIBEIRO, D. *et al.* Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 89-96, 2015.

RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Funcional Fitness Normative Scores for Community-Residing Older Adults, Ages 60-94. **Journal Of Aging And Physical Activity**, v. 7, p. 162-181, 1999.

RIZZUTO, D. *et al.* Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.65, n.5, p. 1056-1060, mai. 2017.

SABATÉ, R. C. D. **Envelhecimento e Sociedade: um debate sobre o lugar do idoso no Brasil contemporâneo**. 2016. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Marília, 2016.

SANTOS, W.J. *et al.* Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2319-2328, 2013.

SANTOS JÚNIOR, E.B.; OLIVEIRA, L.P.A.B.; SILVA, R.A.R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.6, n.2, p.516-524, 2014.

SANTOS, G.L.A.; SANTANA, R.F.; BROCA, P.V. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. **Escola Anna Nery**, v.20, n. 3, jun. 2016.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p. 7-612, 2012.

SCHMIDT, M.S.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p.61-74, 2011.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; VIEIRA, V.; HALLA, P.C. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.5, p.749-56, out. 2007.

SOUSA, F.J.D.; GONCALVES, L.H.T.; GAMBA, M.A. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Bucaramanga, v. 9, n. 2, p. 2135-2144, Ago. 2018.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Sp: Manole, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.4, v. 9, p.841-843, 2004.

TORRES, G. V.; REIS, L.A.; REIS, L.A. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 39-43, Feb. 2010.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-15, mai/jun., 2003.

VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. SALDANHA, A. L. CALDAS, C. P. (Org). 2.ed. Rio de Janeiro, Interciência, 2004, p. 3- 10.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-544, maio/jun. 2009.

WENDT, C.J.K.; AIRES, M.; PAZ, A.A.; FENGLER, F.L.; PASKULIN, L.M.G. Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n.3, p. 350-7, 2015.

ANEXO A - ESCALA PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO INDIVÍDUO (ESCALA DE KATZ)

Área de funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
() não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)
() recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)	(I)
() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	
() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda	(I)
() pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(I)
() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)	
() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)	(I)
() recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite	(D)
() não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(D)
Transferência	
() deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	(I)
() deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(D)
() não sai da cama	(D)
Continência	
() controla inteiramente a micção e a evacuação	(I)
() tem "acidentes" ocasionais	(D)
() necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(D)
Alimentação	
() alimenta-se sem ajuda	(I)
() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(I)
() recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	(D)

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS DE PFEFFER

- 1) Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 2) Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho (a)?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 3) Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 4) Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 5) Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 6) Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 7) Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?

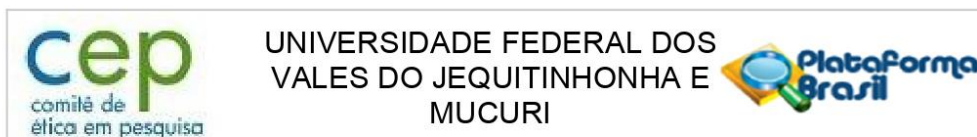
<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 8) Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 9) Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	
- 10) Ele (Ela) pode ser deixado (a) sozinho (a) de forma segura?

<input type="checkbox"/> normal	
<input type="checkbox"/> faz com dificuldade	<input type="checkbox"/> nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> nunca o fez e agora teria dificuldade
<input type="checkbox"/> não é capaz	

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA ENTRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE PEQUENO PORTE

Pesquisador: Lyssa Esteves Souto Capuchinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08673019.1.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.325.680

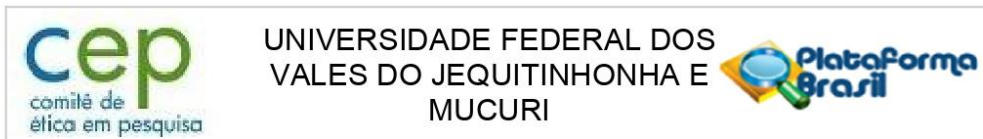
Apresentação do Projeto:

O envelhecimento é um processo natural e complexo, que atinge de forma crescente países desenvolvidos e em desenvolvimento. Não é um processo único e envolve diversos fatores endógenos e exógenos, os quais devem ser considerados de forma integrada. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a associação entre a capacidade funcional e doenças crônicas em idosos atendidos pelas unidades da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Diamantina – Minas Gerais, Brasil. Trata-se de uma pesquisa com metodologia quantitativa, transversal e descritiva. No presente estudo, a população será constituída de idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Serão utilizados questionários e escalas validadas por estudos nacionais e internacionais: Escala de Independência em Atividades de Vida Diária de Katz, Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer e um Questionário de Caracterização dos Idosos com doenças crônicas. A coleta de dados será realizada após aprovação deste Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Diamantina. A análise dos dados será realizada por meio do Software Statistical Package for Social Sciences 18.0 (SPSS) por meio de testes paramétricos e não-paramétricos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalência entre a capacidade funcional e doenças crônicas em idosos atendidos pelas

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.325.680

unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Diamantina – Minas Gerais, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Identificação - somente os pesquisadores terão acesso aos dados pessoais dos participantes, que serão identificados com código número (idoso 1, idoso 2...). O desconforto será evitado com o treinamento da equipe que realizará as entrevistas e informando o participante que este poderá a qualquer momento não responder a perguntas ou interromper a sua participação. Constrangimento - as entrevistas serão realizadas na casa dos participantes, em um local reservado, respeitando a sua privacidade e no momento que este estiver disponível a responder as perguntas da entrevista (momento em que o idoso queira participar).

Benefícios:

Não há benefícios diretos para o participante. Benefícios indiretos serão adquiridos através do envio dos resultados da pesquisa para a Secretaria de Saúde do município de Diamantina.

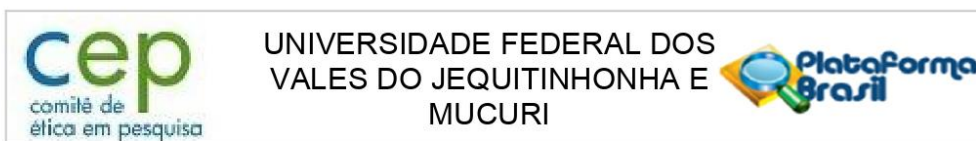
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A população será definida por meio de amostragem simples aleatória. Tomando como referência o total de idosos de Diamantina (n=64247) e realizando o cálculo amostral com margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, obtemos uma amostra necessária de 353 indivíduos.

Acrescidos 20% ao valor final por possíveis perdas/recusas, obteremos uma amostra total de 423 indivíduos. Serão realizadas entrevistas através da utilização de questionários e escalas validadas por estudos nacionais e internacionais:

- Escala de Independência em Atividades de Vida Diária de Katz: Consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade (LINO et al., 2008; KATZ et al., 1963).
- Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer: É constituído por itens relacionados à capacidade do indivíduo em realizar as Atividades de Vida Diária e funções cognitivas/ sociais como: fazer compras, preparar alimentação, manter-se em dia com a atualidade, finanças pessoais, compreender o meio onde vive, prestar atenção em programas de rádio, televisão e os discutir.
- Questionário de Caracterização dos Idosos com doenças crônicas: Para levantamento das informações referentes ao perfil socioeconômicos e demográficos e de saúde dos idosos foi elaborado o Questionário de Caracterização dos Idosos. Os instrumentos de coleta de dados serão aplicados pelos pesquisadores mediante visitas domiciliares realizadas aos idosos cadastrados nas

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.325.680

unidades de Saúde da Família do município de Diamantina, com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde.

A análise dos dados será realizada por meio do Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 por meio de testes paramétricos e não-paramétricos. Para as variáveis contínuas, serão calculadas médias e desvios-padrão, e será realizado também o teste de curva de ROC na regressão logística. A prevalência de doenças crônicas e capacidade funcional será estimada com o respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%). Com as variáveis categóricas será realizada inicialmente análise univariada entre a variável desfecho e as potenciais variáveis preditoras. As variáveis que tiverem $p < 0,20$ serão incluídas em um modelo de regressão logística hierárquica, estimando as razões de chance (Odds ratio) e seus respectivos IC 95%. Os testes de qui-quadrado (X^2), qui-quadrado para tendência e exato de Fisher serão utilizados para comparação entre proporções. Valores com $p < 0,05$ serão considerados estatisticamente significantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto, Cronograma, TCLE e carta de instituição co-partípe. A carta da Instituição Co-partípe foi apresentada conforme Resolução 466/12.

Recomendações:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.
- Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 30/06/2019.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

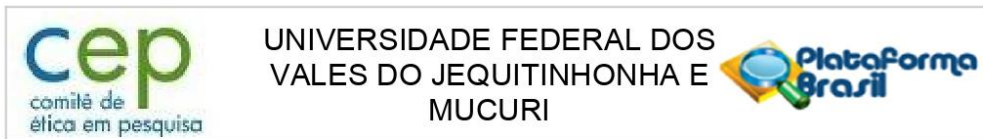
O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1239385.pdf	08/05/2019 18:28:41		Aceito
Outros	CARTA.pdf	08/05/2019 18:16:19	BRUNA ÁVILA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Lyssa.pdf	26/02/2019 11:50:28	Andreia Maria Araújo Drummond	Aceito

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.325.680

Outros	Dados.pdf	18/02/2019 16:00:59	Andreia Maria Araújo Drummond	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJ_Diamantina.pdf	18/02/2019 16:00:44	Andreia Maria Araújo Drummond	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/02/2019 11:18:49	Andreia Maria Araújo Drummond	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 14 de Maio de 2019

Assinado por:
Raquel Schwenck de Mello Vianna
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADES DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DIAMANTINA – MINAS GERAIS
www.ufvjm.edu.br



QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO

DADOS PESSOAIS

Nome:		CPF:	
RG:	Orgão Expedidor:	UF:	
Endereço:			
Contato: Fone Fixo:	()	Celular:	()
E-mail:			
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	Data de nascimento: Idade:
Cor/etnia:	<input type="checkbox"/> Branco(a).	<input type="checkbox"/> Pardo(a).	<input type="checkbox"/> Negro(a). <input type="checkbox"/> Amarelo(a). <input type="checkbox"/> Indígena
Religião	<input type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Evangélica	<input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Sem Religião
Qual seu estado civil?			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a).			
<input type="checkbox"/> Casado(a).			
<input type="checkbox"/> Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a).			
<input type="checkbox"/> Viúvo(a).			
<input type="checkbox"/> União estável			

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Onde você nasceu?	
Onde e como você mora atualmente? <input type="checkbox"/> Em casa ou apartamento, com sua família. <input type="checkbox"/> Em casa ou apartamento, sozinho(a). <input type="checkbox"/> Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a). <input type="checkbox"/> Em casa de outros familiares <input type="checkbox"/> Em casa de amigos <input type="checkbox"/> Outra situação, qual? _____	A casa em que o senhor reside é: <input type="checkbox"/> Emprestada ou cedida. <input type="checkbox"/> Própria em pagamento. (valor da prestação: R\$ _____) <input type="checkbox"/> Alugada: (valor do aluguel: R\$ _____) <input type="checkbox"/> Própria, já quitada. <input type="checkbox"/> Outras.
Quem mora com você? <input type="checkbox"/> Moro sozinho(a) <input type="checkbox"/> Esposa / marido / companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Outros parentes <input type="checkbox"/> Amigos ou colegas	Quantas pessoas moram em sua casa? (incluindo você) <input type="checkbox"/> Duas pessoas. <input type="checkbox"/> Seis pessoas. <input type="checkbox"/> Três pessoas <input type="checkbox"/> Mais de 6 pessoas. <input type="checkbox"/> Quatro pessoas <input type="checkbox"/> Moro sozinho. <input type="checkbox"/> Cinco pessoas.
Qual é a sua participação na vida econômica de sua família? <input type="checkbox"/> Você não trabalha e seus gastos são custeados. <input type="checkbox"/> Você trabalha e é independente financeiramente. <input type="checkbox"/> Você trabalha, mas não é independente financeiramente. <input type="checkbox"/> Você trabalha e é responsável pelo sustento da família.	Você desenvolva alguma atividade remunerada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual o vínculo? <input type="checkbox"/> Emprego fixo particular <input type="checkbox"/> Emprego autônomo <input type="checkbox"/> Emprego fixo federal/estadual/municipal
Qual sua renda mensal individual? <input type="checkbox"/> Nenhuma. <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo (\$980,00) <input type="checkbox"/> Até 3 salários mínimos (até \$1,530.00) <input type="checkbox"/> de 03 até 05 salários mínimos (de \$1.530.00 até \$2.550.00) <input type="checkbox"/> de 05 até 08 salários mínimos (de \$2.550.00 até \$4.080.00) <input type="checkbox"/> Superior a 08 salários mínimos (superior a \$4.080.00). <input type="checkbox"/> Benefício social governamental, qual? _____ valor atual: _____	
Onde você frequentou o Ensino Fundamental e Médio? <input type="checkbox"/> Todo em escola Pública. <input type="checkbox"/> Todo em escola particular com bolsa. <input type="checkbox"/> Maior parte em escola particular. <input type="checkbox"/> Maior parte em escola pública <input type="checkbox"/> Maior parte em escola particular com bolsa. <input type="checkbox"/> Todo em escola particular.	

Você tem filhos? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____			
Quem é a pessoa que mais contribui na renda familiar? <input type="checkbox"/> Você. <input type="checkbox"/> Cônjuge /Companheiro(a). <input type="checkbox"/> Pai. <input type="checkbox"/> Mãe. <input type="checkbox"/> Outra pessoa. Qual? _____			
Existe, em seu grupo familiar, membro portador de doença física ou mental que necessite acompanhamento terapêutico sistemático (comprovada por atestado médico)? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Parentesco: _____ Qual doença? _____			
Você possui algum plano de assistência médica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____			
Possui algum problema de saúde diagnosticado por profissional? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
É fumante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem histórico de queda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Faz uso de álcool?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem ou teve colesterol alto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Faz uso de outras drogas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem ou teve com hanseníase?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem hipertensão arterial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem ou teve com tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem ou teve câncer?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Teve avc/derrame?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Teve alguma internação nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Teve infarto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem doença respiratória/no pulmão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem doença cardíaca/docoração?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____	
Qual? _____		Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Outras condições de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	
Toma alguma medicação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADES DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DIAMANTINA – MINAS GERAIS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da prevalência entre a capacidade funcional e doenças crônicas em idosos”, a ser realizada pela pesquisadora Lyssa Esteves Souto Capuchinho, do mestrado interdisciplinar em saúde, sociedade e ambiente (SASA) da UFVJM, orientada pela Prof.^a Dr.^a Andréia Maria Araújo Drummond, por ter idade igual ou acima de 60 anos e estar cadastrados nas unidades de Saúde da Família pertencente ao município de Diamantina (Minas Gerais).

Essa pesquisa tem por objetivo avaliar a prevalência entre a capacidade funcional e doenças crônicas em idosos atendidos pelas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Diamantina – Minas Gerais, Brasil. O motivo que nos leva a estudar esse tema é descrever o perfil socioeconômico e demográfico, identificar as doenças crônicas (pressão alta, diabetes, colesterol alto e dor na face) mais prevalentes, avaliar a prevalência de incapacidade funcional (habilidade de realizar suas atividades diárias) relacionados à saúde de idosos com doenças crônicas, analisar o perfil de saúde de idosos com doenças crônicas e associar a capacidade funcional, fatores socioeconômicos e condições de saúde.

A sua participação se dará através de respostas a questionários. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer das perguntas e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Os questionários possuem perguntas relacionadas às questões de atividades de vida diária, atividades funcionais e sobre o perfil socioeconômico. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 30 minutos. Você poderá não responder a alguma questão caso lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Após a finalização da pesquisa, a secretaria de saúde do município receberá um ofício com os principais resultados encontrados e sugestões de modificações, intervenções e promoção de saúde na temática da capacidade funcional e doenças crônicas em idosos.

Os riscos relacionados com a sua participação nesta pesquisa são: de identificação, porém somente os pesquisadores terão acesso aos dados pessoais dos participantes, que serão identificados com código de número (idoso 1, idoso 2...); de desconforto, porém a equipe que realizará as entrevistas, se caso você solicitar, será orientada a qualquer momento interromper a entrevista e você poderá não responder a perguntas; de constrangimento, porém as entrevistas serão realizadas na sua casa, em um local reservado, respeitando a sua privacidade e no momento que você estiver disponível a responder as perguntas da entrevista.

INFORMAÇÕES – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFVJM - RODOVIA MGT 367 - KM 583 - Nº 5000 - ALTO DA JACUBA
DIAMANTINA/MG CEP 39100-000, TEL.: (38)3532-1240 – COORDENADOR: PROFA. SIMONE GOMES DIAS DE OLIVEIRA, E-MAIL:
CEP.SECRETARIA@UFVJM.EDU.BR E/OU CEP@UFVJM.EDU.BR

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADES DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DIAMANTINA – MINAS GERAIS



Não há benefícios diretos para você. Os benefícios indiretos serão adquiridos através do envio dos resultados da pesquisa para a Secretaria de Saúde do município de Diamantina.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, em horário comercial, ou ainda com a pesquisadora responsável Lyssa Esteves Souto Capuchinho no telefone (38) 99871-9697, ou com a Profa. Dra. Andreia Maria Araújo Drummond, na Coordenação do Estágio Supervisionado do curso de Odontologia da FCBS/UFVJM, situado a Rua da Glória 187, Campus I, sala de Estágio Supervisionado - Prédio I, 2º andar - telefone: (38) 3532-6010.

Considerando o acima exposto, eu
_____ afirmo que
entendi o objetivo da pesquisa e sua utilização, e minhas dúvidas foram esclarecidas. Autorizo a
minha participação e afirmo ainda, que recebi uma cópia deste documento.

Diamantina, ____ de _____ de 2019

Assinatura da participante



Assinatura da pesquisadora